

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

NEUSA PEREIRA DOS SANTOS

**PROMOCAO DA SAÚDE DO ESCOLAR ADOLESCENTE SEGUNDO AS
DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR: UMA EXPERIÊNCIA
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

CURITIBA

2015

NEUSA PEREIRA DOS SANTOS

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ESCOLAR ADOLESCENTE SEGUNDO AS
DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR: UMA EXPERIÊNCIA
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Área de concentração em Prática Profissional de Enfermagem, Departamento de enfermagem, setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial á obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa.Dra. Maria Marta Nolasco Chaves

CURITIBA

2015

Santos, Neusa Pereira dos
Promoção da saúde do escolar adolescente segundo as diretrizes
do programa de saúde do escolar: uma experiência em um município do sul
do Brasil/Neusa Pereira dos Santos – Curitiba, 2015.
169 f. : il.(color.); 30 cm

Orientadora: Professora Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do
Paraná, 2015.

Inclui bibliografia

1. Promoção da saúde. 2. Adolescente. 3. Programa saúde na escola
I. Chaves, Maria Marta Nolasco. II. Universidade Federal do
Paraná. III. Título.

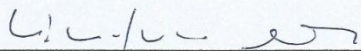
CDD

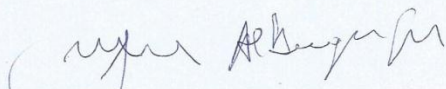
TERMO DE APROVAÇÃO

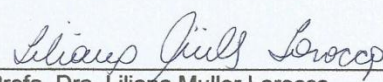
NEUSA PEREIRA DOS SANTOS

**PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ESCOLAR ADOLESCENTE SEGUNDO AS
DIRETRIZES DO PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR: UMA EXPERIÊNCIA
EM UM MUNICÍPIO DO SUL DO BRASIL**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem Área de Concentração Prática Profissional de Enfermagem, Linha de Pesquisa Políticas e Práticas de Educação, Saúde e Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador(a): 
Prof.ª. Dra. Maria Marta Nolasco Chaves
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná – UFPR


Prof. Dr. Guilherme Souza Cavalcanti de Albuquerque
Membro Titular: Mestrado em Saúde Coletiva-UFPR


Prof.ª. Dra. Lillian Muller Larocca
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná – UFPR
Curitiba, 01 de dezembro de 2014.

Curitiba, 03 de dezembro de 2015.

Dedico...

Ao meu marido **Gilmar**, meu grande amor e companheiro;

Aos amores de minha vida, meus filhos, **Alvaro e Guilherme**.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, pela força e por iluminar minha caminhada;

À Professora Dr.^a **Maria Marta Nolasco Chaves**, minha orientadora, pelo aprendizado proporcionado durante esta caminhada que foi muito além dessa dissertação;

Aos professores da UFPR, pelo conhecimento transmitido;

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação do Mestrado Profissional em enfermagem;

Aos colegas do mestrado pela convivência e trocas de experiência.

Aos profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba;

Aos colegas de trabalho da Unidade Municipal Rio Bonito pela compreensão nos momentos de ausência do serviço.

A todos os participantes da pesquisa, pela disponibilidade e interesse em contribuir para a realização desse estudo.

"Se a educação sozinha não pode transformar a sociedade,
tampouco sem ela a sociedade muda".

Paulo Freire

RESUMO

Estudo descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, ancorado na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA), teve como objetivo: Identificar como promover a saúde do escolar adolescente, segundo as diretrizes do programa de saúde do escolar, em um município do sul do Brasil. Os dados foram coletados no período de fevereiro a junho de 2015, por meio de entrevistas semiestruturadas com 31 escolares adolescentes, 16 funcionários e 26 professores do colégio público estadual de ensino médio do território, e ainda, com os 30 adolescentes participantes das oficinas de educação em saúde. Nas falas foram tratados com apoio do software *Iramutreq* e analisados segundo a análise de conteúdo. A partir do tratamento das falas emergiram os três eixos: a promoção da saúde para os escolares adolescentes; as estratégias para o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos na realidade dos escolares adolescentes em vulnerabilidade; os temas de educação em saúde para promoção da saúde e prevenção de agravos junto a escolares adolescentes, e ainda, seis categorias temáticas: compreensão sobre promoção da saúde na realidade do escolar adolescente; as ações para a Promoção da Saúde na realidade dos escolares adolescentes; o adolescente em vulnerabilidade no contexto escolar e na família; a equipe multiprofissional nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade; as intervenções da equipe multiprofissional no setor de saúde para a prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade; os temas geradores de ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto á escolares adolescentes. Como resultado e discussão destaca-se que os participantes compreendem promoção da saúde como ter qualidade de vida, boa alimentação, conhecimento sobre agravos e prática de exercícios físicos e a intersetorialidade foi apontada como estratégia para o desenvolvimento de ações de educação em saúde, porém, o planejamento e execução dessas ações foram compreendidos como de responsabilidade do setor saúde; nas categorias temáticas emergiram processos de vulnerabilidade na escola, na família e no território, relacionados à sexualidade, gravidez, violência e uso de drogas ilícitas como processo de determinação dos agravos dos adolescentes; as oficinas de educação em saúde foram desenvolvidas em seis momentos na unidade de saúde e os temas discutidos foram convergentes com o interesse de 30 adolescentes que estiveram presentes, pois esses avaliaram bem a atividade e passaram a frequentar o serviço local tendo a enfermeira como referência para atendimentos individuais, conforme propuseram nas oficinas. Nas considerações finais registra-se que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, pois a ação de educação à saúde foi desenvolvida por meio de estratégias que respeitaram os temas previamente relacionados pelos participantes. Para o desenvolvimento das ações de promoção à saúde que considerem os processos de determinação das realidades dos usuários se faz necessário o apoio institucional para preparar e subsidiar os técnicos envolvidos, o que representaria a concretização de políticas públicas na vida dos indivíduos e das suas coletividades.

Descritores: Promoção da Saúde. Programa Saúde na Escola. Adolescentes. Enfermagem.

ABSTRACT

Descriptive and exploratory study, with a qualitative approach, anchored in Convergent Care Research (*Pesquisa Convergente Assistencial* – PCA) aimed to: Identify how to promote the health of adolescent school, according to the guidelines of the school health program, in a city in southern Brazil. Data were collected from February to June 2015 through semi-structured interviews with 31 teenage students, 16 employees and 26 high school teachers at the state public college of the territory, and also, with 30 teenagers participating in health education workshops. The speeches were treated with support from *iramuteq* software and analyzed using content analysis. From the treatment of speeches the three axes emerged: health promotion for adolescent students; the strategies for the development of disorders prevention actions in the reality of adolescent students in vulnerability; health education topics for health promotion and disorders prevention with the adolescent students, and also six thematic categories: understanding of health promotion in adolescent school reality; actions for health promotion in the reality of adolescent students; the adolescent in vulnerability in the school environment and family; the multidisciplinary team in intersectoral actions to prevent disorders in the reality of adolescent students in vulnerability; interventions between the multidisciplinary team in the health sector to prevent disorders of adolescent students in vulnerability; the generator themes of health education actions for health promotion and disorders prevention with adolescent students. As a result and discussion it is highlighted that participants understand health promotion such as having life quality, good nutrition, knowledge about disorders and physical exercise and the intersectoriality was pointed out as a strategy for the development of health education actions, however, the planning and execution of these actions were understood as the health sector responsibility; the thematic categories emerged processes of vulnerability, in school, in the family and in the territory, related to sexuality, pregnancy, violence and illicit drug use as a process of determining the disorders of adolescents; health education workshops were developed in six times at the health facility and the discussed topics were converging with the interest of 30 teenagers who were present, as these well evaluated the activity and began to frequent the local service with the nurse as a reference for individual calls, as proposed in the workshops. In the final considerations it is recorded that the objectives initially proposed were achieved because the health education action was developed through strategies that respect the themes previously related by the participants. For the development of health promotion actions that consider the determination procedures of the realities of users the institutional support is necessary to prepare and subsidize the technicians involved, which would represent the realization of public policy in the lives of individuals and their communities.

Keywords: Health Promotion, Health at School Program, Adolescents, Nursing.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1–	SÍNTESE DOS PASSOS DA PESQUISA A PARTIR DA COLETA DE DADOS. CURITIBA- PR, (2015).....	64
FIGURA 2 –	MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM A LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE. CURITIBA-PR, 2014.....	67
FIGURA 3 –	MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO COM REGIÕES METROPOLITANA DE CURITIBA. CURITIBA-PR, (2015).....	68
FIGURA 4 –	MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DOS BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO CURITIBA-PR, 2015.....	69
FIGURA 5 –	FIGURA 5 – MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DA UNIDADE DE SAÚDERIO BONITO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015.....	72
FIGURA 6 –	DENDOGRAMA ELABORADO NO SOFTWARE IRAMUTEQ REPRESENTATIVO DAS CLASSES A PARTIR DAS FALAS DOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS PARA O ESTUDO, CURITIBA-PR, 2015.....	86
FIGURA 7 –	EIXOS E CATEGORIAS TEMÁTICAS DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2014.....	87
FIGURA 8 –	DENDOGRAMA ELABORADO NO SOFTWARE IRAMUTEQ REPRESENTATIVO DAS CLASSES A PARTIR DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS PARA ESCOLARES ADOLESCENTES, CURITIBA-PR, 2015.....	103
FIGURA 9 –	CATEGORIAS TEMÁTICAS DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2014.....	105
FIGURA 10 –	COMPREENSÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO AS FALAS DOS PARTICIPANTES, CURITIBA-PR, 2015.....	114

FIGURA 11 – OS TEMAS GERADORES DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS JUNTO À ESCOLARES ADOLESCENTES, CURITIBA-PR, 2015.....	129
--	-----

LISTA DE GRÁFICOS

GRAFICO 1–	LOCAL DE RESIDÊNCIA DECLARADO PELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS, CURITIBA-PR, 2015.....	82
GRAFICO 2 –	TEMPO DE TRABALHO NO SETOR EDUCAÇÃO DECLARADO PELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS. CURITIBA-PR, 2015.....	83
GRAFICO 3 –	TEMPO DE TRABALHO NO COLÉGIO NIRLE DECLARADO PELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS, CURITIBA-PR, 2015.....	84
GRAFICO 4 –	VÍNCULO EMPREGATÍCIO DECLARADOPELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS, CURITIBA-PR, 2015.....	85
GRAFICO 5 –	DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE PARA ESCOLARES ADOLESCENTES, SEGUNDO SEXO E NÚMERO DE PARTICIPANTES POR OFICINA. CURITIBA-PR, 2015.....	102
GRAFICO 6 –	AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE PARA ESCOLARES ADOLESCENTES. CURITIBA-PR, 2015.....	112

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	EVENTOS, PROPOSTAS E ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PS) NO PERÍODO DE 1978 A 2013: UMA BREVE REFLEXÃO.....	29
QUADRO2 –	BREVE HISTÓRICO SOBRE MARCO FILOSÓFICO, MODELOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS QUE REFERENDARAM AS AÇÕES DE SAÚDE PARA O ESCOLAR NO BRASIL. CURITIBA-PR, 2015.....	48
QUADRO3 –	DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES ESCOLARES, SEGUNDO SEXO E NÚMERO DE PARTICIPANTES EM OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE. CURITIBA-PR, 2015.....	101
QUADRO4 –	DISTRIBUIÇÃO DA FREQUÊNCIA DE SEGMENTOS DE TEXTO, ORIGINADOS DAS FALAS DOS ESCOLARES ADOLESCENTES NAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE SEGUNDO CORPUS COULEUR TEMÁTICOS. CURITIBA-PR, 2015.....	104

LISTA DE SIGLAS

AIDS	–	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ALCEST	–	<i>Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte</i>
APS	–	Atenção Primária à Saúde
AC	–	Análise de Conteúdo
CAAE	–	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CLT	–	Consolidação das Leis Trabalhistas
CF	–	Constituição Federal
CIC	–	Cidade Industrial de Curitiba
COHAB	–	Companhia de Habitação
CF	–	Constituição Federal
CNS	–	Conferência Nacional de Saúde
CNS	–	Conselho Nacional de Saúde
CNDSS	–	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CMEI	–	Centro Municipal de Ensino Infantil
CONASS	–	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CONEP	–	Comitê de Ética e Pesquisa
CHD	–	Classificação Hierárquica Descendente
CREAS	–	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CRAS	–	Centro de Referência da Assistência Social
DS	–	Distrito Sanitário
DSP	–	Distrito Sanitário Pinheirinho
DDS	–	Determinantes Sociais em Saúde
DNS	–	Departamento Nacional de Saúde
DST	–	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
EJA	–	Educação de Jovens e Adultos
ESF	–	Estratégia de Saúde da Família
GM	–	Gabinete Ministerial
HIV	–	Vírus da Imunodeficiência Humana
IRAMUTEQ	–	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Texte set de Questionnaires</i>

IBGE	– Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHA	– Índice de Homicídios na Adolescência
IPARDES	– Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social
IPPUC	– Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba
IREPS	– Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde
LDB	– Leis de Diretrizes e Bases
LDBEN	– Leis de Diretrizes e Bases da educação nacional
LSD	– Dietilamina do Ácido Lisérgico.
MHD	– Materialismo Histórico Dialético
MDS	– Ministério de Desenvolvimento de Saúde
MEC	– Ministério da Educação e Cultura
MS	– Ministério da Saúde
NESC-pesq	– Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva – pesquisa
NOB	– Normas Operacionais Básicas
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPS	– Organização Pan-americana de Saúde
PAB	– Piso de Atenção Básica
PCA	– Pesquisa Convergente Assistencial
PCN	– Parâmetros Curriculares Nacionais
PMAB	– Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	– Política Nacional de Promoção da Saúde
PROSAD	– Programa de Saúde do Adolescente
PS	– Promoção da Saúde
PSE	– Programa de Saúde na Escola
PN	– Pinheirinho
SESA	– Secretaria Estadual de Saúde
SESP	– Secretaria Estadual de Saúde do Paraná
SIM	– Sistema Informação de Mortalidade
SMS	– Secretaria Municipal de Saúde
SPE	– Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	– Sistema Único de Saúde
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
UCE	– Unidade de Contexto Elementar
UCI	– Unidade de Contexto Inicial

UNICEF	–	Fundo das Nações Unidas para as Crianças
TA	–	Termo de Assentimento
TCLE	–	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHO	–	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
2	OBJETIVOS.....	24
2.1	OBJETIVO GERAL.....	24
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	24
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	25
3.1	PROMOÇÃO DE SAÚDE.....	25
3.2	O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	38
3.3	ARCABOUÇO JURÍDICO POLÍTICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O SETOR SAÚDE.....	42
3.4	SAÚDE NA ESCOLA.....	47
3.4.1	Programa de Saúde na Escola – PSE.....	50
3.5	ADOLESCENTE.....	54
3.6	VULNERABILIDADE.....	57
3.7	CÍRCULO DA CULTURA.....	61
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	64
4.1	TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM.....	65
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO.....	65
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	73
4.3.1	Critérios de Inclusão e de Exclusão.....	73
4.4	COLETA DE DADOS.....	73
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	75
4.6	ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS.....	76
4.7	ANÁLISE DOS DADOS.....	79
5	RESULTADOS.....	81
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	81
5.1.1	Participantes das entrevistas.....	81
5.2	CLASSES/ENTREVISTAS.....	85
5.3	AS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS.....	87
5.3.1	Eixo 1– A promoção da saúde para os escolares adolescentes.....	88
5.3.1.1	A compreensão sobre a promoção da saúde na realidade do escolar adolescente.....	88

5.3.1.2	As ações de promoção da saúde na realidade dos escolares adolescentes.....	89
5.3.2	Eixo 2 - As estratégias para o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos na realidade dos escolares adolescentes em vulnerabilidade.....	91
5.3.2.1	O adolescente em vulnerabilidade no contexto escolar e na família..	91
5.3.2.2	A equipe multiprofissional nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade.....	94
5.3.2.3	As intervenções da equipe multiprofissional no setor saúde para prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade..	96
5.3.4	Eixo 3 - As ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto a escolares adolescentes.....	97
5.3.4.1	Os temas geradores de ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto aos escolares adolescentes.....	98
5.4	PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ESCOLARES ADOLESCENTES.....	99
5.5	CLASSES/OFICINAS.....	102
5.5.1	Categorias originadas das falas dos adolescentes participantes das ações de educação em saúde/oficinas.....	105
5.5.2	Mudanças corporais, sexualidade, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.....	105
5.5.3	Saúde do adolescente, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS.....	108
5.5.3.1	Drogas e violência na adolescência.....	109
5.6	RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES DAS OFICINAS.....	110
6	ANÁLISE DO CONTEÚDO DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS.....	113
6.1	EIXO 1 -PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESCOLARES ADOLESCENTES.....	113
6.1.1	Compreensão sobre promoção da saúde na realidade do escolar adolescente.....	113

6.1.2	As ações para a Promoção da Saúde na realidade dos escolares adolescentes.....	118
6.2	EIXO 2 – AS ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DE AGRAVOS NA REALIDADE DOS ESCOLARES ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE.....	120
6.2.1	O adolescente em vulnerabilidade no contexto escolar e na família..	120
6.2.2	A equipe multiprofissional nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade.....	123
6.2.3	As intervenções da equipe multiprofissional no setor saúde para prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade..	125
6.3	EIXO 3 - OS TEMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS JUNTO AOS ESCOLARES ADOLESCENTES.....	128
6.3.1	Os temas geradores de ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto a escolares adolescentes.....	128
6.4	AVALIAÇÃO E REFLEXÃO SOBRE A AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS ESCOLARES ADOLESCENTES.....	132
7	CONCLUSÃO E SUGESTÕES.....	134
	REFERÊNCIAS.....	137
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RESPONSÁVEIS PELO ADOLESCENTE MATRICULADO NA ESCOLA PÚBLICA.....	157
	APÊNDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO.....	161
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	163
	APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FUNCIONÁRIOS.....	166
	APÊNDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ESCOLAR ADOLESCENTE.....	169

APÊNDICE F - ROTEIRO PARA ENTREVISTA FUNCIONÁRIO E PROFESSOR.....	170
APÊNDICE G - CAIXA DE DIÁLOGO.....	171
APÊNDICE H - AVALIAÇÃO DAS OFICINAS.....	173
ANEXO 1 - LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ.....	173
ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE CURITIBA.....	178
ANEXO 3 - PARECER DE LIBERAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO.....	179

1 INTRODUÇÃO

O presente estudo tem como tema a Promoção da Saúde do escolar adolescente, parte-se da premissa que a saúde é um direito de todo cidadão brasileiro, de acordo com a Constituição Federal (BRASIL, 1988). O atendimento à saúde da criança e do adolescente deve ser garantido pelo acesso, universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos que se encontram nessas fases da vida (BRASIL, 1990).

Na perspectiva dos direitos apresentados, a Promoção da Saúde surge como referencial e estratégia que visa capacitar os sujeitos e comunidades para o enfrentamento dos processos que determinam seu processo saúde-doença e suas condições de vida. Tal referencial sustenta a tese de que as mudanças nos perfis epidemiológicos demandam intervenções e ações estatais, assim como da sociedade, que atuem diretamente na determinação do processo saúde-doença e modifiquem as realidades com iniquidades crescentes a cada dia para determinados grupos sociais. Esses processos se estabelecem a partir das relações de produção e propriedade que são asseguradas por grupos hegemônicos que são definidores da estrutura de determinadas sociedades (BREILH, 2003).

Em vários países do mundo e no Brasil, o conceito de Promoção da Saúde fundamentado a elaboração e implementação de programas voltados para o adolescente, assim como tem sido componente importante da política de saúde. O Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), instituído pelo Governo Federal em 1989, propôs ações básicas que referenciam a política de promoção da saúde e ações intersetoriais fundamentadas nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) para o grupo populacional em questão (BRASIL, 1986).

Nesta perspectiva foi criado o Programa de Saúde na Escola (PSE), o qual propõe a integração dos setores da saúde e da educação, ampliando ações específicas de saúde para os alunos da rede pública de ensino, crianças e adolescentes, sendo compreendida também como uma estratégia que visa garantir o acesso desse grupo populacional na Atenção Básica, a partir do território de sua moradia (BRASIL, 2012a).

Na Atenção Básica, as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), são responsáveis pelas ações de vigilância à saúde, pela reorganização do modelo

de assistência à saúde, pela valorização das ações de proteção e promoção da saúde dos indivíduos, em especial ao grupo populacional de adolescentes. Todavia, esses profissionais têm tido grande dificuldade de desenvolver as ações de promoção da saúde para o escolar adolescente que vive na área de abrangência (HENRIQUES, 2010)

Tais dificuldades estão relacionadas com o modelo assistencial hegemônico que ainda prevalece nas práticas de saúde. A falta de integralidade e igualdade no cuidado resulta em uma prática sanitária reducionista, biologicista que não tem como relevantes as necessidades sociais dos sujeitos e, conseqüentemente, não as incorpora no escopo das intervenções em saúde (PAIM, SILVA, 2010).

São diversas as necessidades em saúde do escolar adolescente, e o não atendimento das mesmas acarreta em situações de vulnerabilidade, que determinam o seu processo saúde-doença. Observa-se nesse grupo populacional, o início da sexualidade, muitas vezes, em um contexto ausente de orientações e conhecimentos, o que o torna susceptível para a ocorrência de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), gravidez indesejada e, a possibilidade do abandono escolar, que são processos que determinam o planejamento da vida futura (FILIPINI *et al.*, 2013).

Tais processos podem se apresentar de formas diferentes de acordo com contexto que o adolescente está inserido (REIS *et al.*, 2014), sendo que alguns são determinantes diretos das condições de saúde e desenvolvimento deste grupo. Dentre eles pode-se destacar: pobreza, baixa escolaridade, exploração do trabalho, privação da convivência familiar e comunitária, violência, exploração e abuso sexual, gravidez na adolescência, e ainda, o uso e comércio de substâncias psicoativas (UNICEF, 2011).

Vulnerabilidade pode ser definida como a chance ou oportunidade de indivíduos e/ou comunidades sofrerem prejuízos em suas condições de saúde, devido aos processos de determinação que podem ser de ordem individual, social e programática. Esses ainda são influenciados, a priori, pela quantidade e qualidade de informações recebidas e pela capacidade de elaborar o conteúdo para promover mudanças (AYRES *et al.*, 2003b). Todavia entende-se, a partir de uma perspectiva crítico-dialética, que a vulnerabilidade do adolescente, é determinada por aspectos

culturais, sociais, econômicos e políticos presentes em sua práxis, o que o torna desprotegido diante de situações de saúde-doença (AYRES *et al.*, 2003a).

Essa pesquisa emerge do pressuposto que deve haver um compromisso político dos governos na definição de políticas específicas para a saúde do adolescente, no sentido de promover sua saúde e protegê-lo dos processos que desgastam e comprometem sua vida cotidiana (AYRES *et al.*, 2003a; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

A autora deste trabalho identificou, durante sua vivência como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), diversas lacunas na prática assistencial ao adolescente. Com esta reflexão é que se conduziu na construção do projeto de intervenção que convergissem com as necessidades em saúde dos adolescentes escolares e, a partir da experiência reorientar da sua prática assistencial como enfermeira nas ações de educação em saúde para este segmento populacional.

É relevante para a construção do conhecimento em Enfermagem, o desenvolvimento de estratégias de atenção à saúde, que permitam evidenciar e fortalecer o enfermeiro como um profissional da Atenção Básica à Saúde. Diante disso, essa pesquisa pretende contribuir para a discussão e reformulação de práticas assistenciais que sejam direcionadas para a promoção da saúde do escolar adolescente e permeadas pelos princípios de integralidade do cuidado.

Portanto, diante do exposto a presente pesquisa buscou responder a seguinte questão norteadora: como promover a saúde do escolar adolescente por meio de ações de educação à saúde em um município do sul do Brasil?

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Identificar como promover a saúde do escolar adolescente, segundo as diretrizes do programa de saúde do escolar, em um município do sul do Brasil.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Levantar as temáticas para as ações de educação em saúde do escolar adolescente junto a professores, funcionários e escolares adolescentes.
- Desenvolver ações de educação em saúde ao escolar adolescente, segundo as temáticas levantadas junto a professores, funcionários e escolares adolescentes.
- Avaliar as ações de educação em saúde junto ao escolar adolescente, participante das oficinas realizadas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentados os referenciais teóricos relacionados aos seguintes temas: Promoção da Saúde (PS), arcabouço jurídico político das políticas públicas para o setor saúde, Programa da Saúde na Escola (PSE), adolescência e prática assistencial do enfermeiro nas ações de promoção a saúde para adolescentes. Para dar conta de explorar os temas citados a partir da base filosófica adotada no estudo, Materialismo Histórico e Dialético (MHD), se buscou explicitar a historicidade dos conceitos relacionados e suas relações com as mudanças sociais dos períodos.

3.1 PROMOÇÃO DE SAÚDE

Nas últimas três décadas, a Promoção da Saúde (PS) tem sido um tema amplamente abordado nos diferentes espaços de produção do conhecimento e das práticas de saúde, em diversos países, inclusive no Brasil. Embora tenha sido mais desenvolvida e discutida recentemente, a PS é um conceito antigo, que foi descrito, *a priori* na área da saúde pública por Winslow¹ que a conceituou como:

A promoção da saúde é um esforço da comunidade organizada para alcançar políticas que melhorem as condições de saúde da população e os programas educativos para que indivíduo melhore sua saúde, assim como para o desenvolvimento de uma “maquinaria social” que assegure a todos os níveis de vida adequados para a manutenção e o melhoramento da saúde. (WINSLOW, 1920 *apud* BUSS, 2009a, p.21).

O termo foi outorgado por vários autores ao sanitarista norte-americano Henry Sigerist (1946), ao definir as quatro tarefas primordiais da medicina preventiva: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação e a reabilitação dos enfermos. A proposta de reordenação das práticas sanitárias por Sigerist se realizaria por meio de um programa de saúde que incluiria a educação livre para a população, assim como, promoveria meios de recreação e descanso, melhores condições de vida e trabalho, sistema público de saúde universal com

¹WINSLOW, C.E.A. The untiled fields of public health, science, 51:23, 1920

ações de prevenção e recuperação de saúde, bem como centros médicos de pesquisa e de formação profissional. Alguns de seus pensamentos apontados na proposta traziam um ideário próximo ao que seria proposto depois, em 1986, na 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Ottawa (BUSS, 2009b).

A base conceitual do movimento da medicina preventiva foi sistematizada pelos médicos Leavell e Clark, em sua publicação sobre medicina preventiva, que teve a sua primeira edição em 1958. Esse referencial, baseado na multicausalidade, é chamado de “História natural das doenças”, nome dado ao conjunto de processos interativos que compreendem as inter-relações do agente, do hospedeiro suscetível e do meio ambiente que afetam o processo e o desenvolvimento das doenças. Este modelo teórico da medicina preventiva descreve o movimento de ação das primeiras forças que compreendem o estímulo patológico no meio ambiente, perpassando pela resposta do homem ao mesmo, apontando até as alterações que levam o homem a recuperação ou morte, ou ainda permanecer no seu organismo com um defeito ou uma invalidez (LEAVEL; CLARK, 1976).

O referencial da história natural das doenças conceitua a PS como o primeiro nível de prevenção a ser desenvolvida pelos serviços de saúde, que envolve condutas de ordem individual como alimentação saudável, lazer, condições de trabalho, abandono do uso de álcool e fumo, educação sanitária, e ainda, ações governamentais como saneamento básico, construção de escolas e melhorias do transporte coletivo, etc. (LEAVEL; CLARK, 1976). Ainda nesse modelo, no segundo nível da intervenção para a prevenção da doença há a referência como “ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar improvável o progresso posterior da doença” (LEAVELL; CLARK, 1976, p.17).

No debate contemporâneo sobre promoção da saúde, o qual se considera ter emergido na década de 1970, a partir do Relatório *Lalonde* de 1974, um documento de trabalho do Ministério da Saúde do Canadá, que tem como eixo central a discussão sobre o enfrentamento dos custos crescentes de assistência médica naquele país, pois as ações de saúde não eram acompanhadas pela resolutividade da atenção prestada, e ainda, eram médico-centradas. Este relatório foi o primeiro documento oficial a tratar a PS como uma política pública, e assim, é considerado um marco, por apontar de modo abrangente a importância de se intervir

nas causas e nos fatores predisponentes dos problemas de saúde (HEIDMANN *et al.*, 2006).

No Relatório *Lalonde* se apontou o começo de uma nova etapa para a Saúde Pública, considerando que as décadas de 1970 e 1980 foram caracterizadas pela transição epidemiológica, como uma “evolução progressiva de um perfil de alta mortalidade por doenças infecciosas, nas quais predominam os óbitos por doenças cardiovasculares, neoplasias, causas externas e outras doenças consideradas crônico-degenerativas” (PRATA, 1992 p.168). No Brasil, especificamente como país industrializado, essa transição se deu devido a melhorias nas condições de alimentação e nutrição, pela implantação de ações de imunização da população, por melhorias na assistência à saúde e na cobertura de saneamento básico, e pela mudança da população da zona rural para a zona urbana, devido à política econômica vigente (PRATA, 1992).

Diante da realidade apresentada, a PS pode de forma extensa e integrada, explicar a correlação entre saúde, desenvolvimento econômico e justiça social. Assim, o informe *Lalonde* passou a ser utilizado para alcançar melhorias na saúde das populações a partir de um olhar para além da perspectiva biomédica clássica e centrada na gestão da doença, incluindo os seus grupos de risco, que destaca a importância dos comportamentos das pessoas e dos efeitos do meio ambiente sobre a sua saúde. Todavia, apesar dos avanços apresentados, o documento tem suas discussões com enfoque eminentemente preventivista, as quais se apontam como base a mudança de estilos de vida e de comportamento para a prevenção de doenças crônicas, e ainda, com destaque para propostas de ações voltadas a fatores específicos como fumo, obesidade, promiscuidade sexual, e abuso de substâncias psicoativas, etc. (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Tais associações com o preventivismo provocou inúmeras críticas ao relatório *Lalonde*, devido a seus efeitos limitados, sua ênfase unilateral, que tende a culpabilizar o indivíduo por seus problemas de saúde, sem discutir um enfoque mais coletivo, como o da determinação social do processo saúde doença (PEREIRA, 2014).

Estas limitações da corrente de promoção da saúde behaviorista estão na raiz do fenômeno de “culpabilização das vítimas”, um processo no qual determinados grupos populacionais, à margem do desenvolvimento

capitalista, passam a se responsabilizados por problemas de saúde cujas causas se encontram fora de sua governabilidade. Em determinados contextos (hegemonia de políticas neoliberais) estratégias behavioristas podem vir a constituir-se uma escusa para a desobrigação do Estado em relação às suas obrigações sociais, à custa de maior carga de responsabilidade de indivíduos e grupos por seus problemas de saúde [...] (CARVALHO, 2010, p.50).

Apesar da crítica ao pensamento hegemônico no Relatório de *Lalonde*, se destaca que o impacto mais significativo a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em 1978, na cidade de Alma Ata. Esse evento é considerado um importante marco para o setor de saúde, pois foi nele que se defendeu a premissa sobre a importância dos cuidados de atenção primária e a qualidade de vida para saúde da população, o que teve grande repercussão em vários sistemas de saúde de diferentes países, entre eles o Brasil (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Diante do impacto da discussão da Conferência de Alma Ata, o conceito de promoção da saúde foi sendo elaborado por diferentes pensadores e técnicos da área da saúde, assim como seus pressupostos passaram a ser discutidos por movimentos sociais em diferentes conjunturas. Nos últimos anos, em inúmeros eventos internacionais as discussões sobre PS têm contribuído para aproximar os conceitos e as práticas na área (HEIDMANN *et al.*, 2006).

Entre esses eventos internacionais destaca-se a I Conferência Mundial de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa - Canadá em 1986. Esta contribuiu para a discussão e o delineamento de diretrizes de políticas públicas comprometidas com os direitos universais, o desenvolvimento sustentável, assim como, com a redução das desigualdades sociais e de saúde em diversos países. O documento elaborado nesse encontro serviu de subsídio para a discussão e realização das demais conferências internacionais de PS, que ocorreram a *posteriori*. No Quadro 1, a seguir, são apresentadas as sínteses sobre as principais estratégias da PS no campo da saúde, que foram sendo desenvolvidas nas conferências mundiais seguintes:

QUADRO 1– EVENTOS, PROPOSTAS E ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PS) NO PERÍODO DE 1978 A 2013: UMA BREVE REFLEXÃO.

CARTAS/ CONFERÊNCIAS	SÍNTESE DAS PRINCIPAIS PROPOSTAS	ESTRATÉGIAS RELACIONADAS À PROMOÇÃO DA SAÚDE
1978 Conferência Internacional sobre atenção Primária de Saúde - “Saúde Para Todos no Ano 2000” (Cazaquistão)	Eixo filosófico para a Atenção Primária; Diminuir as desigualdades sociais; Investimento em atenção primária; PS equânime e abrangente; Saúde como um direito humano fundamental.	Prestação de cuidados primários (prevenção, cura, reabilitação); Intervenção na comunidade e educação para a saúde (para prevenção e controlo de problemas de saúde mais prevalentes); Responder às necessidades e problemas de saúde mais prevalentes: doenças infecto contagiosas (endêmicas); desnutrição/fome; mortalidade materno-infantil (OMS/DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA, 1978; BRASIL, 2002).
1986 I Conferência Internacional sobre promoção de saúde (Canadá).	No final da conferência foi aprovada a Carta de Ottawa, sendo uma Declaração internacional de grande magnitude para a (PS). Alcançar saúde para todos: Um marco de referência para a promoção da saúde.	Reorientação dos serviços de saúde para além dos cuidados salienta-se a PS (além da investigação, educação e formação); Corresponder às “expectativas” de pleno bem-estar global, holístico, mediante o controlo de fatores determinantes Sociedades mais interdependentes (OMS/CARTA DE OTTAWA, 1986; BRASIL, 2002).
1988 II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. “Políticas Públicas Saudáveis”(Austrália).	Ações em quatro áreas prioritárias: apoio a saúde da mulher, alimentação e nutrição, tabaco e álcool, criando ambientes saudáveis.	Desenvolvimento e valorização de políticas de Saúde Pública; Criação de ambientes de apoio; Desenvolvimento pessoal; Reforço da ação da comunidade; Reorientação dos serviços de saúde (OMS/DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988; BRASIL, 2002).
1991 III Conferência Internacional sobre promoção da saúde. “Promoção da Saúde Ambientes Favoráveis à Saúde” (Suécia).	Identificou quatro aspectos para um ambiente favorável e promotor de saúde: Dimensão social, políticas econômica, utilizar a capacidade e o conhecimento das mulheres em todos os setores.	Ações comunitárias, Capacitar comunidade e indivíduos a ganhar maior controle sobre sua saúde e ambiente, Construir alianças para a saúde em ambientes saudáveis, assegurar acesso igualitário a ambientes favoráveis à saúde. A igualdade deve ser uma prioridade básica na criação de ambientes favoráveis à saúde. Prioridade e compromisso para com os mais pobres; Gerir os recursos naturais tendo em conta as necessidades das gerações futuras (OMS/DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991; BRASIL, 2002).

(continua)

QUADRO 1 – EVENTOS, PROPOSTAS E ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PS) NO PERÍODO DE 1978 A 2013: UMA BREVE REFLEXÃO.

(continuação)

1992 Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Colômbia).	<p>Declaração de Santa Fé Bogotá</p> <p>O papel correspondente a PS consiste em identificar os fatores que favorecem a iniquidade e propor ações que diminuam seus efeitos.</p>	Optar por novas alternativas na ação da saúde pública, orientadas para combater o sofrimento causado pelas enfermidades do atraso e pobreza, dentro deste panorama, a PS destaca a importância da participação ativa das pessoas nas mudanças com a criação de uma cultura de saúde (OMS/ (DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ, 1992; BRASIL, 2002).
1993- Primeira Conferência de promoção da saúde (Caribe).	A promoção da saúde é esse enfoque novo que, fortalecerá a capacidade dos indivíduos e comunidades para controlar, melhorar e manter seu bem estar físico, mental, social e espiritual.	Prevenção e controle da enfermidade, saúde e bem estar, defende o conceito de que a saúde das pessoas é um recurso positivo em suas vidas; Colaboração estreita entre o setor sanitário e outros setores, já que os determinantes do estado de saúde são múltiplos e diversos (OMS/ CARTA DO CARIBE 1993; BRASIL, 2002).
1997 IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. “Promoção da Saúde no Século XXI” (Indonésia)	<p>Promoção da saúde no Século XXI.</p> <p>A PS como elemento fundamental para o desenvolvimento da saúde.</p> <p>Considera vital que a PS evolua para fazer frente aos determinantes da saúde.</p>	Novas formas de ação no enfrentamento de ameaças emergentes para a saúde; prioridades para a PS passarão por promover a responsabilidade social com estratégias para as comunidades aumentar os investimentos para o desenvolvimento da saúde, consolidar e expandir parcerias na saúde, aumentar a independência e dar mais poder às comunidades e garantir infraestruturas para a PS (OMS/DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997; BRASIL, 2002).
2000- V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. “Promoção da Saúde: Rumo a Maior Equidade” (México).	Prioridade fundamental da PS nas políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais; Implementação das ações de PS que fortaleçam e ampliem as parcerias na área da saúde; Apoiar a preparação de planos de ação nacionais para a PS.	Fortalecer a promoção de saúde baseada na evidência; Promover a responsabilidade social na saúde; Aumentar a independência e dar mais poder às comunidades; Garantir infraestruturas e recursos para promoção de saúde; Reorientar os sistemas e serviços de saúde tendo em conta critérios de PS (OMS/DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000; BRASIL, 2002).

(continua)

QUADRO 1 – EVENTOS, PROPOSTAS E ESTRATÉGIAS RECOMENDADAS PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE (PS) NO PERÍODO DE 1978 A 2013: UMA BREVE REFLEXÃO.

conclusão

2005- VI Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. “Promoção da Saúde num Mundo Globalizado” Tailândia	Determinantes da saúde num mundo globalizado através da PS; Investimento em políticas, ações e infra-estrutura dirigidas aos determinantes da saúde; Desenvolvimento de políticas, de liderança, de práticas de PS.	Capacitação de indivíduos para controlar os determinantes da saúde e assim melhorarem a sua saúde. O setor da saúde tem um papel chave de liderança na implementação de políticas e parcerias para a promoção da saúde (OMS/ CARTA DE BANQUECOQUE, 2005).
2009- VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde (Quênia).	Importância e a urgência da promoção da saúde, salientando-se pontos de atuação.	Resposta ao aumento da prevalência das doenças não transmissíveis e das desordens mentais nos países pouco desenvolvidos e em desenvolvimento; Resolução dos problemas relacionados com as desigualdades no acesso à saúde e promoção de um sistema de distribuição de saúde justo e igualitário. (PINHEIRO <i>et al</i> , 2015)
2013- VIII Conferência global de promoção da saúde. “Saúde em todas as políticas” (Helsinque).	Troca de experiências, mecanismos eficazes para a promoção de ações intersetoriais; Abordagens para enfrentar os obstáculos e capacitar a implementação da saúde em todas as políticas; Recomendações da Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde; Contribuição da PS na renovação e reforma dos cuidados de saúde primários progressos, impacto e resultados da promoção da saúde desde a Conferência de Ottawa.	Importância da intersetorialidade: reconhecimento que se “agir sozinho” o setor saúde não conseguirá gerenciar os riscos à saúde criados por diferentes setores; A importância de se alcançar saúde através de políticas públicas em diferentes áreas (OMS/DECLARAÇÃO DE HELSINQUE, 2013).

FONTE: A autora. (2015).

Os relatórios provenientes dos eventos e das conferências foram fundamentais para o fortalecimento dos pressupostos da PS e para a consolidação de suas bases conceituais, conseqüentemente, promovendo a expansão de campos e ações com esta base teórica. Assim, nas ações de PS se passou a considerar que além da responsabilidade das pessoas, grupos e comunidades sob sua saúde, é de significativa importância a definição de investimento para ações que enfoquem intervenções nos determinantes da saúde, pois só assim indivíduos e populações poderiam alcançar melhores condições de vida (OPAS, 1986; PAPOULA, 2006).

As diversas conceituações disponíveis para a PS podem ser agrupadas em duas grandes tendências: o enfoque comportamental relacionado a fatores de risco e estilo de vida, nos quais muitos autores tendem à culpabilizar o indivíduo pelos seus índices de saúde e doença; e o enfoque sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, o qual tem como pressuposto a melhoria de condições de vida da população para que se tenham melhores índices de saúde. Este segundo enfoque aproxima-se do conceito de PS aprovado na Carta de Ottawa, por relacionados à qualidade de vida (VERDI, 2005).

Neste contexto vale destacar que o Brasil está entre os países com maior desigualdade social e, conseqüentemente, desigualdades em saúde. Assim, promover a saúde da população neste contexto significa intervir nos processos determinantes destas desigualdades, de forma organizada entre os diversos campos da saúde coletiva, sendo necessário ainda desenvolver ações intersetoriais, participativas e equânimes, princípios fundamentais para as ações de PS (PAIM, 2009).

Os debates sobre o conceito de determinação social do processo saúde-doença tiveram seu início nos anos 1970/80, a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas pelo conceito de risco² eram insuficientes para compreender o processo saúde-doença de uma sociedade. Neste mesmo período, intensificam-se as propostas de modelos de sistema de saúde para esses viessem a fortalecer a atenção primária à saúde com ações de promoção da saúde, segundo os princípios democráticos e da integralidade do cuidado (BREILH, 2008).

²Chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes (AYRES, 2002 p.18).

Para o autor, a interpretação do processo saúde-doença, seja individual ou coletivo, se dá de forma articulada à interpretação sobre os processos gerais da sociedade e das suas relações recíprocas com processos particulares. Há o reconhecimento de distintas dimensões que compõem o real, sujeitas às suas leis, porém não separadas, mas dialeticamente relacionadas. Os estudos epidemiológicos dessa corrente contemplam em sua análise as dimensões do real, as quais são: geral, particular e singular³.

Além da explicação das dimensões, aborda a existência de leis e níveis de determinação, onde os mais complexos delimitam os de menor complexidade. A determinação dialética da totalidade constitui a de maior complexidade e refere-se aos processos gerais. Esta determinação atua no sentido de impor limites, delimitar o espaço para as demais determinações de menor complexidade. O estudo destas dimensões demanda o reconhecimento das principais leis que atuam na determinação dos processos relativos à saúde-doença. Ressalta-se que embora algumas leis possam ter maior determinação direta, dependendo do processo específico, não atuam isoladamente (BREILH, 1991; 2008).

Os principais tipos de determinação ou condicionamentos legais que definem os processos de saúde-doença seriam: a) determinação dialética da totalidade do processo pela luta interna e pela eventual síntese subsequente de seus componentes essenciais opostos; b) determinação causal ou causação: determinação do efeito pela causa eficiente (externa); c) interação (ou causação recíproca ou interdependência funcional): determinação do conseqüente pela ação recíproca; d) determinação probabilística: do resultado final, pela ação conjunta de entidades independentes ou semi-independentes (BREILH, 1991, p. 200).

³(...) Existe uma **dimensão estrutural**, formada pelos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações sociais que operam no contexto onde apareceu um dado problema epidemiológico. O estudo deste tipo de processos explica ao epidemiólogo quais as tendências sociais mais importantes e as formas principais da organização coletiva; b) existe uma **dimensão particular** formada pelos processos ditos de reprodução social, isto é, aqueles relativos à forma específica de produzir e consumir de cada grupo socioeconômico. A investigação desses processos serve ao epidemiólogo como elemento interpretativo de enlace entre os fatos e mudanças estruturais e suas conseqüências individuais de saúde-doença; constitui assim um nível intermediário do estudo que explica o padrão de vida do grupo como base para explicar achados empíricos de doença ou saúde nos indivíduos que o compõe; c) existe uma **dimensão individual**, formada pelos processos que, em última instância levam a adoecer ou morrer ou que, ao contrário, sustentam a normalidade e o desenvolvimento somáticos e psíquicos. As medidas e análises que o epidemiólogo realiza em séries de indivíduos classificados como sadios e doentes constituem a informação, no nível do concreto-empírico, utilizada na comparação com as inferências e predições estabelecidas com base nos dois níveis anteriores do estudo (BREILH E GRANDA (1983 p. 40).

Nesta perspectiva, há o entendimento da determinação dialética, como princípio de maior poder explicativo que o da causa. Assim, a causalidade constitui uma das possíveis maneiras de determinação, não a única. Sendo que este ponto, gera uma das maiores críticas à investigação epidemiológica tradicional, de cunho positivista. As investigações epidemiológicas tradicionais buscam conexões entre variáveis isoladas sob o princípio da causalidade, atuando ao nível dos processos singulares, portanto, operando apenas no âmbito do aparente, da realidade fenomênica e reconhecendo apenas as leis causais (MOREIRA, 2013).

Para realizar ações de promoção da saúde que sejam eficazes se faz necessário compreender que a determinação social se explica através da inter-relação entre as distintas dimensões constitutivas do processo na realidade em que esse ocorre, e que para entendê-lo criticamente é preciso uma forma de estudo que considere o todo presente e as partes que o compõe nessa dinamicidade, por sua vez, ainda que seja compreendida a historicidade e os movimentos que se estabelecem para que o fenômeno seja assim percebido (EGRY, 1996; BREILH, 2006).

Uma interpretação mais ampla do processo requer a ultrapassagem do aparente para que se chegue à essência do fenômeno a ser estudado. Para tanto, a noção de totalidade e, das relações e processos de mediações entre as dimensões da realidade geral, o particular e o singular são condições imprescindíveis para o desenvolvimento de ações que de fato promovam a saúde.

Conforme Breilh e Granda (1989) e Breilh (1991, 2006), a tarefa da epidemiologia consiste em estudar, explicar e transformar os problemas do processo saúde-doença na dimensão coletiva. Na perspectiva teórica dos autores citados evidenciam-se os processos sociais de determinação, e não somente os elementos causadores de doença. Para conhecer o objeto, processo saúde-doença, e desenvolver ações de promoção de saúde, é preciso ir além do plano do empírico. Pois, neste plano, se encontra a realidade fenomênica, aparecem os elementos que causam doenças, de forma independente, desconectados da totalidade, sem história e sem movimento.

Sob o ponto de vista de Breilh e Granda (1989) e Breilh (1991, 2006), o individual e o coletivo, o biológico e o social estão entrelaçados e não separados. Não se trata de determinismo biológico, nem de determinismo histórico, para essa concepção é preciso desenvolver ações de promoção de saúde trabalhando as

relações social/biológico, sociedade/natureza de forma dialética, onde nenhum destes elementos perde sua presença na determinação.

Para Jaime Breilh⁴, é preciso considerar e analisar os processos históricos, econômicos e sociais que geram os problemas de saúde coletiva, a partir da determinação social da doença que coincide e recupera o enfoque da epidemiologia social européia. Nessa visão, a determinação social em saúde é decorrente dos processos de desigualdades gerados em uma sociedade capitalista, que surge a partir da configuração e estratificação social, o que determina as diferenças na exposição e vulnerabilidade de condições de vida adquiridas por meio da inserção do homem no trabalho (BREILH, 2008).

Para a sua operacionalização de ações de PS não deve apenas desenvolver um conjunto de procedimentos destinados a reduzir riscos de doenças, de acordo com Silva.

“[...] a focalização nos fatores de risco impede o olhar sobre os determinantes [...] dificultando as ações de promoção da saúde voltadas para atitudes programáticas que promovam os adolescentes escolares pela autonomia do sujeito, objetivando cuidado integral, equânime, resolutivo e dialogado [...] Não basta focar mudanças de comportamentos individuais e ações coletivas [...], mas sim, na importância da atuação sobre os determinantes sociais para produzir saúde [...]” (SILVA, 2008, p.456).

Para Breilh (2010) o modelo civilizatório atual e o sistema de aceleração econômica que o ampara é o eixo central da determinação social da saúde e esses são incompatíveis com o bem viver e os modos de vida saudáveis. Assim, para o autor uma revisão crítica da determinação social da vida e da saúde se fundamenta no reconhecimento da necessidade de transformar a epidemiologia da saúde numa “epidemoecologia” da vida. A epidemoecologia da vida refere à articulação entre as estratégias de promoção e defesa da saúde e vida humana.

⁴Médico equatoriano, PhD em epidemiologia, é professor e diretor da área de saúde da Universidad Andina Simón Bolívar em Quito- Equador. Desde 1970 participa do movimento da medicina social na América Latina. Defende que a epidemiologia é uma ciência que tem que evidenciar os processos de desigualdade e iniquidade social que determinam os agravos e problemas de saúde, sejam estes individuais ou coletivos. Propõe como base teórica e metodológica a Epidemiologia Crítica no sentido de superar os referenciais clássicos da epidemiologia.

Neste contexto, os cuidados integrais⁵ com a saúde os quais implicam ações de promoção da saúde, prevenção de doenças e que incidem sobre exposições a riscos, neste sentido a promoção da saúde é o resultado de um conjunto de processos sociais, econômicos, políticos e culturais, coletivos e individuais, que se combinam de forma particular em cada sociedade e em conjunturas específicas, resultando em sociedades mais ou menos saudáveis (AYRES, 2009). Para a atenção integral de saúde, será necessário utilizar e integrar saberes e práticas hoje reunidas em compartimentos isolados como saúde e educação, dirigir esses saberes e práticas integrados a um território específico, onde habita população cujas características culturais, sociais, políticas, econômicas são também específicas (PAIM, 2002).

Portanto, é importante salientar que a PS se refere às ações sobre os processos de determinação social em saúde, dirigidas a impactar favoravelmente na vida das pessoas. Por isso, caracterizam-se fundamentalmente por uma composição intersetorial da saúde e educação pelas ações de ampliação da promoção da saúde dos indivíduos com enfoque sobre os direitos e deveres da cidadania, educação para a saúde, estilos de vida e aspectos comportamentais visando uma consciência sanitária (AYRES, 2002).

A forma de viver dos diferentes grupos, segundo Chaves (2013), é determinante do seu processo saúde doença, para compreendê-lo é preciso considerar os processos de produção e consumo da sociedade, uma vez que, estes implicam diretamente na forma de viver dos diferentes grupos no seu tempo histórico. A saúde do ser humano não é apenas um problema de pessoas doentes, que necessitam de atendimento, é antes de tudo uma questão de se conhecer os processos críticos que protegem a saúde e os processos destrutivos que produzem desgastes e adoecimento (BREILH, 2009).

Sendo assim, foi proposta uma nova prática sanitária interdisciplinar, que integra diferentes saberes e práticas intersetoriais, organizadas pelo referencial da promoção da saúde, para o enfrentamento dos problemas existentes num território singular. A Estratégia Saúde da Família, hoje em andamento no Brasil, possui

⁵ O indivíduo é compreendido em sua totalidade, considerando os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais. Assim, a assistência médica integral, considerando a complexidade e as especificidades de diferentes abordagens do processo saúde-doença e nas distintas dimensões, biológica, cultural e social do ser cuidado (MATTOS, 2004).

propostas promissoras e estruturantes de uma nova prática e merece o mais decidido apoio político e técnico para sua implementação (PAIM, 2009).

Para exercer intervenções efetivas em saúde a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) salienta que frente à diversidade cultural existente, faz-se necessário que cada país tenha sua própria estratégia, para a reorientação da Atenção Primária de Saúde (APS), sem perder o foco em elementos funcionais e estruturais que garantam a cobertura e o acesso universal a serviços fundamentais para o bem-estar da população (OPAS, 2007).

Observa-se que mesmo antes de OPAS afirmarem essa necessidade de adaptação, os serviços de saúde do Brasil já sofriam alterações quanto a sua dinâmica de organização, o que ocorreu de acordo com o movimento de reforma sanitária brasileira. Nessa perspectiva, em 1994 a Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi implantada como modelo de reorientação da atenção primária, e desde então se propõe mudanças no objeto de atenção e na forma de organização dos serviços e das ações de saúde, pois o foco de atenção passa a ser o indivíduo, a família e seu ambiente físico e social (PEREIRA, 2014).

A Atenção Primária ou Atenção Básica (AP ou AB) caracteriza-se por ações de saúde, que podem ser individuais e/ou coletivas, voltados para a promoção, proteção, reabilitação e a manutenção da saúde e a prevenção, o diagnóstico e o tratamento de agravos. O objetivo dessas ações é desenvolver atenção de forma integral, impactando na situação de saúde e autonomia das pessoas, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária (BRASIL, 2011a).

Esse novo modelo mostra interface com a PS, ainda que na sua efetivação persistam obstáculos a serem vencidos no cotidiano do trabalho das equipes desse nível de atenção à saúde. Neste sentido, a organização dos setores governamentais e não governamentais distintos devem reconhecer e estimular a igualdade como um objetivo comum (SOUSA; FRANCO; MENDONÇA, 2014).

Contudo, na implantação da ESF destacam-se alguns desafios para a ampliação da sua atuação na perspectiva da PS. Segundo Silva (2008, p. 455-6) a “[...] equipe de ESF deve ser capaz de olhar além do individual, deve refletir que o sujeito faz parte de um território [...]”, e o profissional de saúde neste contexto, deve

ser capaz de representar o elo que se inicia no cuidado intrafamiliar e envolvendo os diversos equipamentos do território em uma ação intersetorial.

Trabalhar com a lógica da intersetorialidade favorece para que as equipes da ESF atuem com o conhecimento da realidade, dos determinantes e riscos sociais que o grupo populacional da área adstrita estão expostos (STARFIELD, 2002).

Neste sentido, considerar os determinantes sociais, a corresponsabilização entre os trabalhadores e os múltiplos atores sociais do território para o desenvolvimento da PS é essencial para ações de promoção da saúde (SILVA, 2008; MAGALHÃES *et al.*, 2011).

3.2 O ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Na perspectiva de atuar na responsabilidade social e no compromisso com a cidadania, como promotor da saúde do ser humano, o enfermeiro, no âmbito profissional, deve estar apto a desenvolver ações de prevenção de agravos, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde, sendo capaz de pensar criticamente, de analisar os problemas da sociedade e de procurar soluções para os mesmos (CESÁRIO; COSTA; PEREIRA, 2014).

A carta de Ottawa (1986), documento que resultou em um ciclo de discussões e construção de elementos fundamentais sobre PS, considera pré-requisitos para obtenção da saúde: a paz, alimentação, moradia, lazer, emprego, meio ambiente saudável, justiça social, entre outros. Uma das propostas resultantes deste documento de discussões em Ottawa foi à reorientação para os serviços de saúde, destacando a PS a ser realizada por profissionais da saúde, recomendando a necessidade de mudança das ações puramente assistenciais de atendimento e caminhar gradativamente, na direção da PS (WHO, 1986).

A Enfermagem, enquanto ciência e disciplina profissional possui um conjunto de conceitos e teorias que integram seu corpo de conhecimentos. Conceitos como cuidar, ser humano, ambiente, autonomia, são utilizados na Enfermagem como objetos de análise e investigação. Todavia, a incorporação do conceito de PS na prática do cuidado da Enfermagem requer o desenvolvimento de modelos teóricos

que dêem sustentação à sua prática, assim como sua análise e compreensão (LOPES *et al.*, 2010).

Devido a essas mudanças, o setor de saúde tem exigido do enfermeiro inovações na sua forma de atender indivíduos, famílias e comunidade, enfatizando que este profissional é corresponsável pela operacionalização de estratégias que visam incorporar novos métodos na prática da PS para os adolescentes. Essas estratégias devem ter como diretrizes básicas o posicionamento do enfermeiro como agente transformador, disposto a realizar um trabalho efetivo, eficaz e resolutivo amparado em um compromisso social com a comunidade nas ações de PS (MARTINS *et al.*, 2013).

Tem-se que para o desenvolvimento de ações de educação em saúde a estratégia do profissional enfermeiro para se obter saúde, qualidade de vida para os adolescentes, deve estar associada e praticada de acordo com a realidade da comunidade onde vivem os participantes.

No desenvolvimento destas ações os enfermeiros atuam considerando os determinantes de saúde, estabelecendo seu trabalho por meio da identificação de necessidades que permeiam uma visão de saúde ampliada que tenha como determinantes: moradia, políticas ambientais, qualidade de vida, educação, participação e cidadania (DAVID; ACIOLI, 2010).

O enfermeiro necessita possuir autonomia em suas práticas de educação em saúde, pois o modelo da ESF lhe permite maior flexibilidade no uso dos espaços para transformação das realidades locais. A PS possui papel de destaque no trabalho do enfermeiro, mas ela tende a ser vista como um componente adicional às ações desenvolvidas cotidianamente em lugar de uma dimensão inerente às mesmas (NAUDERER, 2008; DAVID; ACIOLI, 2010).

Ao buscar essa prática educadora transformadora, o enfermeiro transforma-se, ao mesmo tempo como trabalhador, pela ampliação de sua consciência crítica sobre seu próprio processo de trabalho e como educador. Esta subjetivação do trabalho permite-lhe trazer novos significados à sua prática (RITTER *et al.*, 2015).

A ESF como programa de reorientação do modelo da AB, adota um novo enfoque para a PS, estimulando a participação do enfermeiro não só no cuidado à saúde, mas também a da sua família e da sua comunidade. Para Oliveira (2005), esta é a diferença entre o modelo tradicional de PS, que busca a transformação

peçoal, e o modelo inovador, que almeja a mudança social, apontando para a necessidade da redução das desigualdades e construção de uma comunidade ativa.

Maciel *et al.*, (2010) enfatizam a importância da inserção do profissional de saúde no contexto escolar, delineando o seu papel na escola: função educativa e assistencial. A integração dos serviços de saúde é indispensável para a solidificação desse espaço, pois favorece as atividades de PS, e tem a escola como um espaço da atenção básica, devendo ser entendido como um núcleo motivador da atuação dos profissionais da saúde, como o enfermeiro, na comunidade escolar.

O enfermeiro, como profissional que trabalha com adolescentes e possui compromisso com a melhoria da qualidade de vida deste grupo populacional, necessita de uma abordagem adequada para alcançá-los plenamente. Portanto, torna-se importante a busca criativa de novas alternativas que associem saúde e educação inseridas em um contexto histórico, político, social, econômico e cultural (SAMPAIO, *et al.*, 2010).

Porém, de forma isolada, o SUS não pode sanar os problemas de saúde dos adolescentes, de acordo com os seus determinantes. A prática da PS em uma perspectiva biologicista não consegue responder as demandas de saúde em toda sua complexidade, o que mostra ser necessário o olhar integral que envolve aspectos estruturais e as relações efetivas da intersetorialidade (GOMES; HORTA, 2010).

Desse modo, o modelo de cuidado dos profissionais de saúde, devido sua ênfase biológica e multicausal, consegue identificar as necessidades de saúde dos adolescentes, porém não consegue implementar intervenções de PS que melhorem sua qualidade de vida, assim como a construção de vínculos dos adolescentes com os serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2013).

Para o desenvolvimento de ações de PS na ESF, os profissionais que atuam nessa área, precisam entre outras coisas de educação permanente, a qual tem como objetivo superar as dificuldades da própria equipe e precárias condições estruturais existentes para o trabalho junto aos adolescentes (DUARTE *et al.*, 2013). Neste sentido, Sampaio (2010) enfatiza a necessidade do fortalecimento de ações de educação permanente para os profissionais da ESF no sentido de que estes se tornem formadores de cidadãos autônomos por meio de ações de educação em saúde.

Nesse universo de ideias, a educação, de acordo com Freire (2002), pode fortalecer as potencialidades cognitivas e afetivas, e as habilidades desenvolvidas por uma prática educativa por meio de diálogos entre sujeitos que vivenciam o ensinar e o aprender, como a essência da prática pedagógica, que conduz ao aprimoramento do ser humano.

Segundo Machado *et al.*, (2007) a PS como orientadora dos processos político e pedagógicos requer o desenvolvimento de um pensar crítico e reflexivo, permitindo desvelar a realidade e propor ações transformadoras que levem o indivíduo a sua autonomia e emancipação como sujeito histórico e social capaz de propor e opinar nas decisões de saúde para o cuidar do indivíduo e da coletividade.

O enfermeiro tem sido um ator na viabilização de políticas públicas direcionadas para as ações de PS, e no Programa Saúde na Escola (PSE) esse profissional tem a oportunidade de atender segundo o princípio da integralidade por meio de ações que integram as equipes de saúde da AB com as equipes do setor de educação. Tal processo deve romper e superar o modelo idealizado de desenvolvimento de ações de PS apenas em ambientes do próprio setor, para ações intersetoriais de promoção e monitoramento de condições de vida dos escolares que são determinantes para os agravos presentes no grupo de adolescentes (QUEIROZ, 2011; SILVA, 2010b; BRASIL, 2007a).

Esse enfoque de PS a ser desenvolvida pelo profissional enfermeiro requer uma proposta de gestão organizacional abrangente envolvendo o eixo político da PS, entendendo-a como uma política de saúde e campo da saúde coletiva. Da mesma forma, o enfermeiro deve compreender a relação entre a historicidade, organização e desenvolvimento de uma sociedade e a situação de saúde da população. Deve compreender que esses processos não são lineares há necessidade explorar e estabelecer a hierarquização nos processos de determinações, os quais vão desde os processos mais gerais de natureza social, econômica e política e os processos de mediações que levam os indivíduos e as coletividades a viverem as suas situações de saúde ou de doenças (PAULA *et al.*, 2012).

Com base no exposto, o reconhecimento da historicidade do território a ser estudado é um passo importante para a caracterização da população de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população, pois o território é o resultado de uma acumulação

de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças (BARCELLOS *et al.*, 2002).

A ESF possui responsabilidade sanitária por um território adscrito, que corresponde à área de atuação da equipe. Este espaço-território, muito além de ser um simples recorte político e geográfico para o sistema de saúde, é o lócus onde se verifica a interação da população e dos serviços públicos disponíveis na localidade. Caracteriza-se por uma população específica, vivendo em tempo e espaço singulares, com problemas e necessidades de saúde determinadas os quais para a sua resolução devem ser compreendido e visualizado na intersectorialidade. Esse território apresenta, portanto, muito mais do que uma extensão geométrica, também um perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político, social, cultural que caracteriza e se expressa num território em permanente construção (MENDES, 1993; SOUZA; PEDON, 2007).

Por fim, a necessidade de compreensão do território para a realização das ações de promoção da saúde, implica também em dar relevância ao que cada serviço ou equipamento público, ou associação e bairro, representa neste espaço geográfico. Sendo assim, é preciso “compreender a territorialidade como o conjunto daquilo que se vive no cotidiano, as relações de trabalho, familiares, comunitárias, de consumo, de tal modo a não homogeneizar a sociedade” (SOUZA e PEDON, 2007, p. 138).

3.3 ARCABOUÇO JURÍDICO POLÍTICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O SETOR SAÚDE

Muitos são os desafios no campo da saúde do adolescente, todavia, a sociedade tem se mobilizado nas últimas décadas a fim de se responsabilizar pela promoção da saúde desses.

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata em 1978, expressou a necessidade de fortalecer a comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos, enfatizando que para sua realização seria necessária à participação de outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde, e entre os cuidados primários destacou a educação para problemas prevalentes de saúde, e métodos para sua prevenção, controle e promoção. Tal

conjunto de ações remetia para a proteção e cuidado à criança e ao adolescente (BRASIL, 2011b).

O movimento de proteção à criança e ao adolescente teve sua consolidação durante a Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989, se adotou a Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, cujas resoluções foram seguidas pelo Brasil em 1990. Tal movimento representou uma mudança que inseriu a criança e o adolescente em um arcabouço jurídico-legal direcionado para o seu pleno desenvolvimento e que o reconhece como sujeito de direitos e não como objeto de intervenção do Estado. Tal situação permitiu uma ênfase para que se priorizassem as políticas públicas para a juventude, antes não realizadas (PENSO *et al.*, 2013, BRASIL, 2011b).

Seguindo essa tendência mundial, a Constituição Brasileira de 1988 referendou entre os seus princípios norteadores, a existência dos Direitos Humanos. Assim, o cumprimento das obrigações internacionais assumidas e o reordenamento dos marcos jurídico-institucionais aos critérios das Convenções Internacionais de Direitos Humanos tornaram-se exigências constitucionais. O art. 277 da Constituição Federal ressalta que é dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente o direito à vida, saúde e educação (BRASIL, 1988).

Em 1990, foi sancionado o Estatuto da Criança e do Adolescente - Lei 8.069 que objetiva inserir o direito de crianças e adolescentes à vida e saúde, com a efetivação das políticas sociais públicas, que garantam proteção integral abrangendo as dimensões física, psíquica e moral, de acordo com as suas vulnerabilidades. Tais direitos foram estendidos aos adolescentes em conflito com a lei, que cumprem medidas socioeducativas (BRASIL, 1990b).

A Lei Orgânica da Assistência Social, sancionada em 1993, estabeleceu a proteção a crianças, adolescentes e jovens carentes, com o objetivo de promover ações, programas e políticas sociais, que fortaleçam estratégias intersetoriais que revertam para atenção integral à saúde de adolescentes. Tais estratégias devem preconizar o atendimento dos adolescentes e instrumentalizar gestores e as equipes de saúde para a redução da vulnerabilidade dos adolescentes, por um trabalho integral com participação da comunidade (PENSO *et al.*, 2013; BRASIL, 2010b; BRASIL, 1993).

A Constituição Federal (CF) garante o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação, assim como estabelece que as ações e os serviços públicos de saúde constituem uma rede regionalizada de serviços de saúde, em conformidade com o SUS seguindo três princípios: descentralização, atendimento integral, participação da comunidade.

Quando se considera a abrangência do conceito de integralidade, tal como descrito acima, pode parecer uma contradição a definição transcrita no texto constitucional: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (BRASIL, 1988).

Mesmo diante desta deficiência, a partir da CF, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias fortaleceram o pleno direito a saúde, por meio das Leis Orgânicas da Saúde (Nº 8.080/90 e 8.142/90) e as Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas em 1991, 1992, 1993 e 1996 (BRASIL 1990a; BRASIL 1990c, BRASIL1996).

As Leis Orgânicas da Saúde dispõem sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizando o funcionamento dos serviços, e participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio das conferências e conselhos de saúde.

No campo saúde, a NOB 1996, destaca-se entre as outras, pois aponta a garantia de participação da comunidade e da integralidade⁶ do cuidado. O usuário é reconhecido como protagonista nos processos de cuidado pelo profissional que necessita desenvolver uma relação dialógica com o usuário, em que a assistência dirigida às pessoas, individual ou coletivamente, pode ser prestada em outros espaços da comunidade, respeitando os princípios de universalidade e igualdade (BRASIL, 1996; BRASIL, 2011b).

Da mesma forma, o Pacto pela Vida, de 2006, destacou a “Promoção da Saúde como uma das ações que devem ser priorizadas, tanto nos âmbitos

⁶O conceito de integralidade é um dos pilares a sustentar a criação do Sistema Único de Saúde. Princípio consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde, prevê-se nesse conceito que, de forma articulada, sejam ofertadas ações de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação – segundo a dinâmica do processo saúde-doença (BRASIL, 1988).

Originalmente, a ideia de integralidade surge com a proposta da Medicina Integral ou *Comprehensive Medicine*. Assim, a Medicina Integral seria capaz de articular as ações de promoção, proteção, diagnóstico precoce, limitação do dano e reabilitação (PAIM, 2006).

municipais, regional e nacional” (BRASIL, 2006a, p.13). Assim, a Política Nacional de Promoção de Saúde compreende a:

"promoção de saúde, como uma das estratégias de produção de saúde, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no Sistema de Saúde Brasileiro, contribuem na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde (BRASIL, 2010b, p 10-1).

Assim, a PS apresenta-se como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as áreas da saúde, os outros setores do governo, sociedade, compondo redes de compromisso e corresponsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes na proteção e no cuidado com a vida (BRASIL, 2010b).

Com o objetivo de reorientar as ações de Saúde, a Política Nacional de Atenção Básica definiu cinco principais fundamentos e diretrizes: território⁷ adstrito⁸ com planejamento e programação descentralizada, acesso universal e contínuo aos serviços de saúde como porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, adscriver os usuários com vínculo e responsabilização entre equipes e população objetivando ser referência para o cuidado, coordenar a integralidade, e estimular a participação do usuário como forma de ampliar sua autonomia e capacidade de construção do cuidado à sua saúde, e trazendo entre as dimensões o controle social (BRASIL, 2012a).

Assim, na perspectiva da AB, foi publicado o manual técnico denominado “Marco legal: saúde, um direito de adolescentes” com a finalidade de instrumentalizar profissionais de saúde, gestores, órgãos e instituições que atuam na área da Saúde do Adolescente, para o processo de tomada de decisões, para a

⁷ Na medida em que o conceito de território ou de espaço transcende a sua condição física ou natural e recupera o seu caráter histórico e social, o estudo das condições de vida segundo a inserção espacial dos grupos humanos no território tende a ser uma alternativa teórico-metodológica para a análise das necessidades e das desigualdades sociais da saúde (PAIM, 1997 p. 11).

⁸ A Política Nacional da Atenção Básica, estabelecida pela Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, coloca como fundamento básico a existência de um território adstrito. A “(...) adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou grupos a profissionais, como o objetivo de ser referência para o seu cuidado” Tal adscrição seria a base para o processo de trabalho e elemento base para o planejamento, a programação e o desenvolvimento de ações que tivessem impacto na situação de saúde da coletividade (BRASIL, 2011 p 20).

elaboração de políticas públicas e para o processo assistencial dos serviços de saúde de forma sistematizada, organizada e planejada. Tal política permite que os direitos dos adolescentes sejam amplamente divulgados e discutidos pela sociedade, preconizando ações preventivas de forma integrada com famílias, escolas e comunidades próximas dos adolescentes com a finalidade de promover sua saúde (BRASIL, 2007b).

O Ministério da Saúde propõe diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde com a finalidade de “nortear ações, integradas às outras políticas sanitárias, ações e programas já existentes no SUS, frente aos desafios que a presente situação de saúde das pessoas jovens evidencia” e indicando alternativas para o trabalho intersetorial, para alterar a situação de vulnerabilidade que os adolescentes estão expostos (BRASIL, 2010a p.11).

Diante de um panorama que conjectura ações de promoção integral a saúde do adolescente, as diretrizes recomendam sete temas estruturantes para atenção integral à saúde de adolescentes e de jovens: participação juvenil, igualdade de gêneros, diretrizes sexuais e direitos reprodutivos, projeto de vida, cultura da paz, ética e cidadania, igualdade racial e étnica (BRASIL, 2010a). As mesmas diretrizes propõem aspectos metodológicos para serem desenvolvidos com os adolescentes que estimulem o fortalecimento da promoção da saúde a ser realizado na estrutura do Sistema Único de Saúde (SUS) como na ESF, por meio de ações para o cuidado integral à saúde de adolescentes e de jovens. (PENSO *et al.*, 2013; BRASIL, 2010b).

Silva *et al.*, (2013) referem ser percebível a necessidade da consolidação de políticas públicas de saúde para adolescentes no Brasil, que ultrapassem as normas escritas e sejam efetivadas na prática da atenção aos adolescentes, valorizando a intersetorialidade. Nesta perspectiva, várias parcerias entre as políticas públicas precisam ser efetivadas, entre elas o Programa de Saúde na Escola (PSE).

Na demarcação das fronteiras de ação para o atendimento da criança e do adolescente, o ECA estabeleceu políticas e programas de assistência social, motivando o fortalecimento e ampliação de benefícios assistenciais e políticas compensatórias como estratégia para a diminuição dos riscos e agravos de saúde dos jovens. Portanto, sendo este novo marco que deve nortear as políticas nacionais de atenção à saúde dos adolescentes no SUS.

Todavia, segundo Cohn (2013) a tradição política brasileira é de um Estado nacional altamente centralizado e associado a políticas de saúde verticalizadas que são delegadas aos municípios para execução. Assim, essas legislações possuem um traço comum: a descentralização política e administrativa, com ênfase nos municípios, e a participação da sociedade na formulação das políticas. Esse novo marco conceitual e legal possibilita uma melhor articulação institucional, e o desenvolvimento de programas e ações que deem conta da realidade local, sem perder de vista a proposta nacional (BRASIL, 2010a).

A políticas de saúde, tanto na sua formulação quanto na sua implementação, se configuram como processos complexos de interesses múltiplos presentes na sociedade em geral, de interesses de representações sobre as necessidades de saúde da população, ou de seus distintos segmentos socioeconômicas, e em particular no tocante a qualidade de vida da população adequada à manutenção das condições de saúde dessa população (COHN, 2013).

3.4 SAÚDE NA ESCOLA

Os pressupostos da PS contribuíram para a construção de um novo referencial que tem influenciado nas propostas de saúde, inclusive na elaboração de programas e políticas públicas que visam à melhora da qualidade de vida e redução das desigualdades sociais.

As mudanças ocorreram tanto na visão do processo ensino-aprendizagem quanto na concepção de saúde que foram se modificando ao longo do tempo, possibilitando uma nova maneira de considerar educação e saúde. Nesta direção, os programas de saúde do escolar foram sendo reorganizados, reestruturados e desenvolvidos a partir de novas concepções e representações sobre saúde e sobre a educação, repercutindo no desenvolvimento de novas práticas na escola, que assumem diferentes justificativas e permitem a construção de diversos modelos, a seguir no Quadro 02, é possível analisar as mudanças nos modelos teóricos que foram definidores das ações de saúde para ao escolar no Brasil.

QUADRO 2 - BREVE HISTÓRICO SOBRE MARCO FILOSÓFICO, MODELOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS QUE REFERENDARAM AS AÇÕES DE SAÚDE PARA O ESCOLAR NO BRASIL. Curitiba-PR, 2015.

Marco Teórico/ Filosófico	Teoria	Características das ações	Modelos e regulamentações	Legislação vigente no período
Higienista	Prática para: Mudança comportamentos; Evitar disseminação de doenças; Saúde como ausência de doença; O indivíduo era o responsável por sua saúde; O corpo preparado para o trabalho.	Autoritária e normativa; Decisão unilateral do setor saúde (escola passiva); Conhecimento recebido pronto.	Autoritária e disciplinar; Poder decisório centralizado; Preventista; Hierarquizado.	Constituição Federal – CF 1934
Biologista/ Biomédica	Conceito de saúde (OMS) Prática assistencialista e curativa hospitalocêntrica. Medicalização das questões de aprendizagem. Consultórios médicos no espaço escolar. Saúde é vista como ausência de doença. A prevenção é vista para evitar o comprometimento do rendimento escolar.	A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1946, a saúde como “o completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de doenças ou agravos”. Organização na ótica médica. Não há troca de conhecimento entre os setores. Ações desconectadas, sem compartilhamento de decisões e objetivos.	Organização Mundial da Saúde (OMS), novas discussões processo saúde-doença relacionado ao conceito de saúde; mudança na nomenclatura de “educação Sanitária” para “Educação em Saúde”, mudança de paradigmas vigentes na prática educativa da época. Educação sanitária baseava-se na concepção da responsabilidade individual pela saúde e esta como ausência de doença. Especialidade médica como prioridade; Ações de saúde descontextualizadas da rede de serviços de saúde. Medicalização do fracasso escolar; Atenção básica em saúde não valorizada. Uso do espaço escolar para equipamentos e serviços de saúde.	CF/34
Promoção da Saúde Escolas Promotoras de saúde (EPS)	Protagonismo do sujeito. Saúde como bem estar social. Articula conhecimento e diferentes saberes. Favorece o diálogo e a interação dos contextos sociais com a saúde	Parcerias reconhecidas entre os setores da saúde e educação. Poder decisório compartilhado entre os envolvidos. Articulação entre as esferas de governo e outros parceiros. Valorização da atenção básica no território; Valoriza trabalho em rede de saúde.	A Promoção da Saúde no espaço escolar era construída de acordo com o cenário ideológico da época, denominado “Programa de Saúde”. Não incorporado como disciplina curricular, desenvolvendo nas crianças hábitos saudável quanto à higiene, para preservar a saúde pessoal. Promove a mudança do paradigma tradicional para enfoques integrais de saúde escolar. Leva-se em consideração o contexto das vulnerabilidades sociais.	CF/88Leis Diretrizes Básicas - LDB n ° 9394/96 Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN/97 (continua)

QUADRO 2 - BREVE HISTÓRICO SOBRE MARCO FILOSÓFICO, MODELOS TEÓRICOS E METODOLÓGICOS QUE REFERENDARAM AS AÇÕES DE SAÚDE PARA O ESCOLAR NO BRASIL. Curitiba-PR, 2015.

(continuação)

		<p>Considera vulnerabilidades sociais.</p> <p>Descentralização dos serviços educativos.</p> <p>Garantia de acesso da população à educação básica de qualidade.</p>	<p>A promoção de saúde no âmbito escolar com enfoque integral, a Iniciativa Regional.</p> <p>Escolas Promotoras de Saúde tem três componentes relacionados entre si</p> <p>Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida;</p> <p>Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis;</p> <p>Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.</p>	<p>ECA/99</p> <p>SUS/92</p>
<p>Programa de Saúde na Escola (PSE)</p>	<p>Processo de referência e contra referências dos escolares à rede de saúde.</p> <p>Trabalho em rede.</p> <p>Articular conhecimento e troca de saberes.</p> <p>Favorecer o diálogo e a interação dos contextos - sociais com a saúde.</p> <p>Protagonismo do sujeito.</p> <p>Cuidado ao longo do tempo.</p> <p>Saúde e educação integral:</p> <p>Promoção Assistência e prevenção.</p> <p>Escola como espaço de Produção de cidadania.</p> <p>Compartilhamento de responsabilidade pelo território entre, família, escolas, unidades de saúde, serviços sociais etc.</p>	<p>Poder decisório entre os envolvidos/equipes.</p> <p>Gestão intersetorial (saúde e educação).</p> <p>Articulação entre as esferas de governo e outros parceiros.</p> <p>Articulação permanente entre as equipes escolares e as equipes das UBS/ESF.</p> <p>Processo de referência e contra referencia dos escolares à rede de saúde.</p> <p>Reconhecimento dos setores saúde e educação como parceiros ativos do processo</p>	<p>O SUS é um conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações.</p> <p>Considera as vulnerabilidades sociais.</p> <p>Trabalha em rede de saúde.</p> <p>Porta de entrada é Atenção Básica- AB</p> <p>Trabalho na intersetorialidade.</p> <p>Escola como espaço de promoção da saúde, prevenção de agravos e identificação de sinais de doença.</p> <p>Compartilhamento de responsabilidade nas três esferas governamentais.</p> <p>Trabalho da saúde considerando os ciclos de vida e o ensino escolar.</p> <p>Articular conhecimento e troca de saberes.</p> <p>Cuidado ao longo do tempo.</p>	<p>CF/88</p> <p>LDB n ° 9394/96</p> <p>PCN/97</p> <p>ECA/99</p> <p>Decreto nº 6.286/2007</p>

FONTE: A autora (2015).

3.4.1 Programa de Saúde na Escola – PSE

Partindo dos pressupostos constitucionais e motivados pelo avanço global da Promoção da Saúde – PS, os Ministérios da Saúde e da Educação instituem o Programa Saúde no ambiente escolar (BRASIL, 2009). Culminando com a instituição do PSE, visando articular a ação na PS nas escolas em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PSE foi elaborado em consonância com os pressupostos à Organização Mundial da Saúde (WHO, 1999), a qual sugere trabalho intersetorial de forma colaborativa na perspectiva de ampliar as ações de saúde aos estudantes da Rede Básica do Ensino Público (Creche, Pré-Escola), Ensino Fundamental, Ensino Médio, além da modalidade de ensino de Educação de Jovens e Adultos (EJA), visando à melhoria da qualidade de vida da população e para o fortalecimento de ações que proporcionem o desenvolvimento integral, e a participação dos escolares em programas e projetos que integrem saúde e educação, com o objetivo de capacitar os indivíduos para o enfrentamento de situações que possam comprometer o seu pleno desenvolvimento (BRASIL, 2011c).

Por meio do PSE se busca fortalecer a integração das políticas públicas de dois setores: saúde e educação. A intersetorialidade, dispositivo de modelo de gestão do programa, aponta como desafio a transformação da prática profissional desenvolvida de forma fragmentada do cuidado pautada por: universalidade, participação, integralidade, articulação e corresponsabilidade, em território adstrito com a finalidade de produção de um novo cuidado em saúde na escola. A integração e a articulação entre as ações desenvolvidas pelas escolas públicas em conjunto com as equipes de ESF, requerem uma força de trabalho composta por profissionais de ambos os setores a fim de criar alternativas para se alcançar a saúde e educação integrais dos estudantes (BRASIL, 2011c; 2007a).

O Decreto 6.286/07 (BRASIL, 2009, p. 13), refere que “[...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas [...] avaliar as condições de saúde dos educandos [...] de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas”. Essas ações estão entre os objetivos do PSE, que visam fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades no campo da saúde e que comprometem o desenvolvimento escolar (BRASIL, 2011c; CERQUEIRA, 2007).

As ações do PSE são orientadas para promover a prevenção e recuperação da saúde (FIGUEREDO *et al.*, 2010). As interconexões da saúde com a educação; a criação de rodas temáticas nos espaços das unidades de saúde e das escolas, o desenvolvimento de mecanismos de participação dos escolares adolescentes requer o desenvolvimento de ações que melhorem a qualidade de vida dos escolares (VIEIRA, 2013).

Nessa direção, a ESF, cujo foco é a prevenção de agravos e a promoção da saúde, possui o papel fundamental para ampliar a cobertura das ações de PSE nos serviços da atenção básica. Assim, a partir desse dispositivo, cabe aos serviços locais de saúde planejar e desenvolver ações que garantam aos adolescentes, a partir de práticas educativas e populares, espaços efetivos de orientação, não restritos à atendimentos individuais e pontuais. Sendo assim, o PSE é um programa estratégico para a garantia do acesso dos escolares às ações da atenção básica à saúde (BRASIL, 2011d; SOUSA, 2014).

Compreende-se que o PSE tem a potencialidade de reforçar a intersetorialidade na promoção à saúde no ambiente escolar, em uma parceria entre a saúde e a educação e que as diretrizes estão em conformidade com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (BRASIL, 2006b; 2007a; 2011d). E ainda, corroborando as diretrizes do PSE, cabe à equipe de ESF “[...] realizar o cuidado em saúde da população adstrita prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)” (BRASIL, 2009 p. 13).

A implantação do PSE ocorre mediante a adesão dos estados, distrito Federal e dos municípios ao programa por meio da assinatura do termo de compromisso. O gestor, em cada esfera de governo, deve se responsabilizar pelo cumprimento dos objetivos e das diretrizes na implantação do Programa, (BRASIL, 2007a).

O município com interesse em assinar este compromisso, institui um grupo de trabalho intersetorial com a finalidade de elaborar um projeto com diagnóstico situacional das escolas locais, mapeamentos da área de atenção primária com cobertura de equipes da ESF. As atribuições destas equipes, especialmente do enfermeiro, são: avaliação clínica e psicossocial; aferição de pressão arterial; orientação dos escolares, pais e funcionários sobre vacinas; verificar dados antropométricos; desenvolver ações de promoção da saúde (BRASIL, 2007a).

O principal objetivo do PSE é promover o cuidado integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007a). A sua implementação deve ocorrer de acordo com os quatro componentes estabelecidos para o Programa: I- Avaliação das Condições de Saúde dos estudantes; II- Promoção da Saúde e Prevenção das Doenças e Agravos; III- Educação Permanente e Capacitação de Profissionais da educação e da saúde e de Jovens para o PSE e IV-Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.

Nesta perspectiva a PS e a prevenção de agravos devem permear todas as ações do programa, mas no componente II possui especial destaque, pois proporciona aos estudantes a oportunidade de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de se tornarem protagonistas do processo de produção da própria saúde, o que é fundamental na transformação social. Nesse momento, o encontro de saberes da educação e da saúde fomenta o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado em saúde (BRASIL, 2007a).

Diante deste pressuposto, o profissional do PSE deve romper com epidemiologia tradicional do processo saúde-doença, e olhar de forma integral para as necessidades de saúde destes adolescentes considerando o âmbito biológico, social e coletivo. Assim, deve evidenciar conhecimentos causais da reprodução social das doenças e da saúde ligados ao processo das classes sociais e descobrir valores relacionados à saúde e à vida dos adolescentes de uma comunidade (BRASIL, 2007a).

Esse conjunto inter-relacionado de processos sociais e de morbidade de uma classe é denominado de perfil epidemiológico, a partir do pressuposto de que a epidemiologia é uma "ciência que tem por objeto estudar saúde e doença como processo particular de uma sociedade" (BREILH, 1991, p. 56). A crítica à epidemiologia clássica é histórica, desde a década de 1970, impulsionado pelo movimento sanitário brasileiro e com fundamentação e construção de um novo campo de conhecimento, a Saúde Coletiva. Esse movimento pela reforma Sanitária se faz presente na CF de 1988 a qual estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado e as bases fundadoras do SUS (BRASIL, 1988; PUTTINI; PEREIRA JUNIOR; OLIVEIRA, 2010).

Ao considerar o perfil epidemiológico de seus adolescentes, é oportuno que as escolas, em consonância com o PSE e a PS, construam parcerias legítimas com

a saúde e com outros setores, para o enfrentamento de situações de adoecimento (MEIRELLES, 2013). Todavia o desafio tem sido trabalhar as temáticas de promoção da saúde do componente II do PSE com proposta pedagógica libertadora para o desenvolvimento destas ações em saúde para o escolar adolescente, utilizando o Círculo de Cultura em espaço de trabalho com práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a elaboração coletiva do conhecimento entre o grupo participante das oficinas (BRASIL, 2007a; FREIRE, 2002).

Além disso, esta eficácia do encontro entre saúde e a educação para ações de saúde, pode mostrar uma de suas vertentes mais importantes, que é o de fazer o sujeito compreender a influencia da determinação social do seu processo de saúde-doença. Compreender que este adoecimento parte do pressuposto de que a saúde é um fenômeno social e humano, e que os indivíduos devem ser considerados nas dimensões de seus processos sociais e históricos, em suas relações entre pessoas e natureza. Dessa forma, as reflexões nos grupos sobre o caráter social do processo da saúde-doença abre alguns caminhos a serem explorados tais como: ambiental, cultural, social e histórico (BARBOSA, 2013).

Neste sentido, este estudo cujo objeto é a promoção da saúde do adolescente está intrinsicamente nas ações propostas no componente II, sendo um dos mecanismos para o programa alcançar a PS no ambiente escolar, ultrapassando as dimensões biomédicas do processo saúde e doença.

Convém destacar que o grande desafio enfrentado na implementação do PSE é exatamente a ruptura do paradigma biomédico de atenção à saúde, que visa principalmente à assistência médica, que de alguma forma tem perdurado na trajetória da saúde do escolar, bem como reforçar o debate atual da PS. Porque durante muito tempo, o espaço escolar foi alvo de intervenções sanitárias, com a predominância de ações de educação em saúde normativas e prescritivas, envolvendo condutas e procedimentos para reduzir ou controlar danos à saúde, sendo denominada higiene escolar, e os distúrbios orgânicos patológicos com medicalização dos alunos. Neste sentido, a atual proposta do PSE se destaca com novas tendências no campo da saúde escolar, avançando em perspectivas mais amplas para além da tendência medicalizante (BRASIL, 2009; OPS, 1999).

O Programa Saúde na Escola (PSE) objetiva ampliar o acesso dos escolares aos serviços de saúde e contribuir para a formação integral dos estudantes, por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, tendo como principal diretriz

a intersetorialidade, de modo a contribuir para a melhoria das condições de vida da comunidade escolar. A intersetorialidade no PSE é apontada como um caminho para a estruturação de ações coletivas mais complexas que possam transformar a realidade (BRASIL, 2007a). Para Silva (2010a p. 66) a ação intersetorial envolve “relações horizontais (entre setores) e verticais (entre níveis de esfera de governo)” que abordam questões relacionadas ao ambiente escolar, e provocam reflexão sobre a necessidade de se enfrentar determinantes sociais em saúde que podem determinar a vida dos alunos.

3.5 ADOLESCENTE

A palavra “adolescência” é derivada da expressão “*adolescere*”, verbo latino que indica “crescimento” ou “crescer até a maturidade”. Assim, “adolescência” é um termo geralmente utilizado em um contexto científico com relação ao processo de desenvolvimento biopsicossocial, em que o adolescente adquire competências e habilidades para a sua vida (EISENSTEIN; JANNAZZI, 2015).

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) descrevem adolescência como um período de vida caracterizado por intenso crescimento e desenvolvimento que se manifesta por transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais cuja faixa etária é compreendida entre 10 e 19 anos de idade. No Brasil, o ECA define a adolescência como a faixa etária de 12 a 18 anos de idade e a juventude pela etapa que vai dos 15 aos 24 anos (BRASIL, 1990b; FONSECA *et al.*, 2013).

No Brasil, dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) identificaram 17,9% de adolescentes na população total do país, ou seja, 34.157.633 habitantes dos 190.755.799 brasileiros (IBGE, 2010). Este grupo populacional é composto por sujeitos de direitos, o que exige dos profissionais reflexão e planejamento, estudo e novas estratégias para se proporcionar a sua saúde. O seu ciclo de vida particularmente saudável evidencia que os agravos em saúde decorrem, em grande medida, de hábitos e comportamentos que, em determinadas conjunturas, os tornam vulneráveis. Na medida em que se contribui, por meio da PS para o empoderamento dos adolescentes, ter-se-á a possibilidade da presença de adultos mais conscientes e saudáveis (EISENSTEIN e JANNAZZI, 2015).

A adolescência constitui uma fase peculiar do desenvolvimento humano, sendo uma etapa da vida situada entre a infância e a idade adulta e envolve um conjunto amplo de transformações físicas, psicológicas e sociais, representando transição, mudanças, busca de uma identidade adulta (CURITIBA, 2006; LOPEZ, 2012; REIS, *et al.*, 2014).

Todavia, o ciclo de vida passa por diversas etapas de desenvolvimento e com suas características peculiares, nascimento, infância, adolescência, vida adulta e envelhecimento. Os primeiros indícios de maturação sexual ocorrem na adolescência, caracterizada por diversas mudanças, entre elas, as físicas, as psicológicas e as sociais, como alteração hormonal, mudanças físicas, aceleração do crescimento e maturação sexual (BRASIL, 2007b; DOMINGOS, 2010). Portanto, essas etapas de mudanças corporais da infância para a fase de adolescência, são denominadas de *puberdade*. A puberdade é decorrente principalmente das ações hormonais com impacto na vida dos adolescentes, destacando-se a aceleração do crescimento; e maturação das características sexuais (LOPEZ, 2012).

Danieli (2010) discute que nesta fase também se encontram as alterações de humor e de comportamento, que resultam em conflitos com amigos e familiares que geralmente apresentam dificuldade em compreender e acompanhar a fase de adolescência. Assim, o adolescente tem que aprender a conhecer e lidar com essas mudanças no corpo e nos sentimentos, pois se percebe inserido em um novo contexto de vida a cada dia.

Além das mudanças na estrutura física e psicológica, a sociedade começa a exigir do adolescente maiores responsabilidades com relação à sua própria vida, e demanda uma necessidade de iniciação da emancipação e independência. No entanto, a forma como o adolescente vivencia essas transformações e o significado culturalmente atribuído a esse novo corpo tem igual relevância para o seu desenvolvimento, que na maior parte das vezes é influenciado pelo meio em que este grupo populacional está exposto, seja pela mídia, meios de consumo, bem como pelas instituições comunitárias e religiosas (COSAC, 2009; BRASIL, 2010a).

Neste sentido, Silveira *et al.*, (2014) corrobora a ideia que adolescência é entendida como uma das fases mais importantes do desenvolvimento humano, trazendo inúmeras situações em que o indivíduo se abre a novas experiências em busca da sua identidade, expressão, situações novas que conferem sensação de liberdade. Trata-se de uma fase de descoberta e afirmação da identidade, gênero,

prazer, intimidade e reprodução, principalmente perante o grupo em que está inserido, e ao mesmo tempo ocorrem alterações biológicas, psicológicas e sociais. Durante esta fase devem ser reconhecidos os padrões comportamentais esperados, que envolvem a afirmação da personalidade, o desenvolvimento sexual e espiritual, a busca e realização dos projetos de vida e da autoestima (NETO, *et al.*, 2007; DIAS, *et al.*, 2010).

Essas transformações podem fragilizar o adolescente e fazer emergir situações de vulnerabilidade a uma série de riscos à saúde deste grupo populacional (REIS *et al.*, 2014). Na adolescência, testar limites, questionar normas e valores convencionais, adaptar-se às pressões do ambiente e lidar com novas dúvidas e emoções são experiências marcantes e próprias. Ainda, associado à maior independência, o adolescente pode tornar-se mais vulnerável (CICILLINI, 2012).

Na visão de Santos *et al.*, (2014) é fundamental orientar o adolescente a navegar em meio a riscos e vulnerabilidades e direcioná-lo para o caminho da realização de todo seu potencial, sendo que para a saúde dos adolescentes, torna-se necessário construir estratégias integradas e intersetoriais para a PS. Na “adolescência o indivíduo adquire comportamentos que, em grande parte, serão mantidos ao longo da vida [...]”, e a escola é um ambiente adequado para se desenvolver ações de PS, tendo em vistas a adoção de hábitos de vida saudáveis para a vida adulta (MARTINS, 2013 p.112).

A inserção do adolescente em um grupo de pares significa um ato relevante e saudável para o mesmo, mas não pertencer a esse grupo pode caracterizar um problema. A escola para o adolescente torna-se também um local onde ele pertence por sentir-se participando de um grupo de pares. Neste sentido, o adolescente tem apreço pela escola de acordo com a relação que possui com grupos de pares a que pertence e muitas vezes não adaptar-se ao grupo, significa a não adaptação na escola também (MIRIAN, 2006).

O adolescente não pode ser analisado de forma padronizada, sem se considerar seu processo social e histórico, o contexto da comunidade onde vive, e sua compreensão sobre os acessos aos serviços sociais que tem acesso. Ele precisa ser visto como parte da construção social, assim como precisam ser compreendidos suas subjetividades, regras, símbolos, valores, ideias, culturas e grupos de pares. Também devem ser levadas em conta suas especificidades de

vida, considerando suas condições, padrões de igualdade/desigualdade que determinam a inserção social desse adolescente (DOMINGOS, 2010).

Estas desigualdades somadas ao preconceito formam barreiras para o acesso de adolescentes aos atendimentos aos serviços de saúde e apoio especializado, assim como a sua exposição aos riscos de violências, distúrbios sociais, conflitos familiares e comunitários. De outra forma, o adolescente possui curiosidades peculiares de quem está descobrindo o novo e pelo desejo de experimentar tais novidades, pode ocorrer dependência química de álcool e drogas (BRASIL, 2010a).

Diante da situação exposta no que tange aos adolescentes, a ausência de um vínculo de confiança pode resultar em prejuízo para as ações de PS. Compreende-se que a equipe da ESF pode canalizar adequadamente o potencial crítico, criativo, inovador e participativo do adolescente, visando, além do envolvimento deste grupo populacional nas práticas em saúde, também promover mudanças que podem impactar na vida deste sujeito (SANTOS, 2012a).

Observa-se também nesta fase o início da sexualidade de forma precoce e com poucos limites, sem a devida noção do risco para a aquisição de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), gravidez indesejada e, com possibilidade de se abandonar a escola, o que poderá vir a interferir no planejamento da vida futura (FILIPINI *et al.*, 2013).

Estas vulnerabilidades podem ser diferentes, alterando de acordo com a localidade e o ambiente a que o adolescente está inserido (REIS, *et al.*, 2014). Alguns processos contribuem diretamente nas condições de saúde e desenvolvimento deste grupo. Dentre eles pode-se destacar, além da pobreza, a baixa escolaridade, a exploração do trabalho, a privação da convivência familiar e comunitária, a violência, a exploração e abuso sexual, gravidez na adolescência e o uso e comércio de substâncias psicoativas (UNICEF, 2011).

Estes sujeitos, portanto, necessitam de uma atenção específica para suas necessidades, dentro da programação de atendimentos dos serviços da ESF.

3.6 VULNERABILIDADE

O termo vulnerabilidade teve sua origem na área dos Direitos Humanos, com a designação de “grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania” devido sua inserção em uma sociedade organizada estruturalmente e historicamente a partir das desigualdades de distribuição de bens de produção e concentração de poder (AYRES, 2007, p 188).

Na percepção de Souza, Miranda e Franco (2011) o termo vulnerabilidade é compreendido com a suscetibilidade das pessoas a uma possibilidade de adoecimento resultante de um conjunto de processos de natureza biológica, social e cultural, recolocando o sujeito em sua relação com o coletivo.

Na perspectiva de construção do conhecimento, em primeiro momento procura-se diferenciar risco de vulnerabilidade. O risco segundo Ayres (2002 p.18) aponta para “[...] chances probabilísticas de susceptibilidade, atribuíveis a um indivíduo qualquer de grupos populacionais particularizados, delimitados em função da exposição a agentes”. O autor refere-se ao termo vulnerabilidade como sendo a exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos relacionados ao indivíduo, seu contexto sociocultural e a forma como as políticas estão implementadas para sua proteção (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Segundo Muñoz Sanchez e Bertolozzi (2007), vulnerabilidade é um conjunto de aspectos coletivos, contextuais que levam a suscetibilidade a doenças e agravos, considerando aspectos de disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas. O conceito de vulnerabilidade tem sido usado para melhor entender as práticas de saúde como práticas sociais e históricas, que necessitam do trabalho com diferentes setores da sociedade e da multidisciplinaridade (AYRES, 1995).

Assim, vulnerabilidade pode ser compreendida como um complexo de condições que podem tornam indivíduos ou comunidades suscetíveis para sofrer prejuízos em sua saúde, devido à determinação de aspectos de ordem individual, social e programática (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

A concepção de vulnerabilidade sustenta-se no pressuposto de que a dimensão estrutural da realidade, conectada às necessidades tanto objetivas quanto subjetivas dos indivíduos e grupos, causa disparidades nos níveis de exposição a agravos à saúde, ao quais os adolescentes estão expostos. Diante deste contexto,

existem interferências na capacidade de exercerem autonomia de decisão frente às questões de saúde e da coletividade em que vivem. Neste sentido, a vulnerabilidade em saúde articula-se fortemente com as discussões sobre direitos da pessoa, controle social, autonomia e empoderamento do sujeito, próprias do contexto da PS (AYRES *et al.*, 2008).

A vulnerabilidade ao aproximar estes aspectos, pretende integrar três eixos estabelecidos como vulnerabilidade social, individual e programática, referente às relações entre as situações sociais, programáticas e suas interferências nas condições de vida e saúde dos indivíduos (AYRES *et al.*, 2013).

Segundo Ayres *et al.*, (2003a) a vulnerabilidade ao aproximar estes aspectos, pretende integrar três eixos estabelecidos sendo: **Vulnerabilidade Individual** - compreendida como cognitiva que se refere à capacidade, qualidade e quantidade que o indivíduo tem em receber informações, elaborá-las, incorporá-las e aplicá-las na prática de seu interesse; **Vulnerabilidade Social** - entendida como acesso do indivíduo à informação e relacionada aos aspectos materiais, culturais, políticos e morais à vida em sociedade; e **Vulnerabilidade Programática** - compreendida como a capacidade de resposta de programas e serviços e instituições quanto ao compromisso de disponibilizar recursos, às condições socialmente dadas de vulnerabilidade, monitorar ações de prevenção, fortalecendo os indivíduos (AYRES *et al.*, 2003a; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Neste contexto de vulnerabilidade existem planos individual, social e programático, identificando à necessidade de movimentar outras estruturas que não estão restritas à dimensão singular dos serviços de saúde, sendo exigidas ações de intersetorialidade. Entre estas ações, destaca-se a importância de mobilizar setores da educação, trabalho, como respostas sociais que visam à redução da vulnerabilidade (AYRES *et al.*, 2008).

A adolescência é um período de maturidade do indivíduo que é determinada por aspectos sociais, culturais e ambientais que trazem vulnerabilidades a sua saúde. Assim, como descrito anteriormente, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes tem como proposta programar e desenvolver ações que atendam de modo integral, as demandas referentes às distintas vulnerabilidades à saúde dos adolescentes (FONSECA *et al.*, 2013).

No entanto, um grande número de fatores de vulnerabilidade tem estado presente na realidade objetiva do adolescente, o que tem tornado este grupo

populacional extremamente vulnerável principalmente para DST e dependência química. Esses aspectos podem ser descritos como: pobreza, violência, exploração sexual, a baixa escolaridade, a exploração do trabalho, a gravidez, as DST/AIDS, o abuso de drogas e a privação da convivência familiar e comunitária, identidade étnico-racial e de gênero, deficiência e local onde residem (BRASIL, 2011a).

Diante deste cenário ainda é pertinente relatar que as vulnerabilidades das crianças, adolescentes e de suas famílias manifestam-se em violência cotidiana no contexto familiar e escolar. A falta de oferta de uma educação de qualidade, os baixos salários e o desemprego afetam também a trajetória de vida desses brasileiros, obrigando-os a se inserirem precocemente no mercado de trabalho e/ou no tráfico de drogas (FONSECA *et al.*, 2013).

Assim, os adolescentes pertencem a um segmento populacional em que a vulnerabilidade e a autonomia são temáticas que precisam ser desenvolvidas em ações realizadas pela equipe multidisciplinar, por tratarem de questões de gênero, culturais, sociais e religiosas, como por exemplo, relação sexual precoce e desprotegida, gravidez na adolescência, uso de substâncias psicoativas e violência física e moral.

Ao trabalhar estas questões o profissional pode compreender o universo do adolescente e a realidade em que estão inseridos, podendo assim desenvolver ações de saúde na comunidade escolar. Por outro lado os profissionais de saúde consideram as vulnerabilidades, citadas acima, de difícil abordagem, por envolverem aspectos culturais, sociais e religiosos (REIS *et al.*, 2013).

Considerando as dificuldades em trabalhar estes aspectos com os escolares adolescentes, optou-se por desenvolver ações de educação em saúde utilizando o círculo de cultura, cuja metodologia dialógica-problematizadora implica numa pesquisa dos temas geradores, que são captados, estudados e desenvolvidos como temas problemáticos presentes no cotidiano dos escolares adolescentes.

3.7 CÍRCULO DA CULTURA

Nesta tentativa de aproximação com o “mundo” dos adolescentes, utilizou-se nas ações de PS o método do Círculo da Cultura de Freire, em que nos encontros prévios e durante as oficinas é uma oportunidade para aproximação destes escolares adolescentes que vivenciam um problema ou uma realidade semelhante, a

partir das trocas de conhecimentos, do compartilhamento de experiências, de formas de enfrentamento comuns, que permitem ao grupo problematizar sua própria realidade, decodificando-a criticamente e tomando consciência de seu papel como sujeitos instauradores deste mundo, a partir da ação e reflexão (FREIRE, 2014).

Sendo confirmado na redação do relatório⁹ final do seminário de educação de adultos propõe que o trabalho educativo considere ao homem não apenas alfabetizá-lo e educá-lo, mas que garanta ao mesmo “[...] a participação em todos os momentos do trabalho educativo [...]”, preparatória ou concomitantemente aquela outra ainda mais estimável, que é a participação na vida da região e nas esferas mais amplas da sociedade em que vive.

Freire (2011) apresenta o Círculo de Cultura como possibilidade de transformação, em que o professor não é o detentor do conhecimento, mas, sim aquele que participa estimulando outros participantes e tem a intenção de trocar saberes por meio de diálogos em grupo, já para outro autor:

A proposta pedagógica freiriana, o educador como um animador cultural, criando condições para a aprendizagem dos seus educandos, desafiando-os na descoberta dos temas e desse modo, de novas palavras geradoras. Dentro deste contexto, o que se verifica, é que as características dos Círculos de Cultura são o diálogo, o respeito ao outro e o trabalho interativo em grupos oriundos e transformadores da própria cultura (ROMÃO, 2006, p.34).

No qual os círculos de cultura, optou-se pela pesquisa convergente assistencial, a pesquisadora utilizou-se do método proposto por Paulo Freire para atingir os seus objetivos. Esses momentos foram importantíssimos para propiciar o exercício da consciência política e social, que utilizam a cidadania e a democracia, levando o grupo a desenvolverem noções de democracia, cidadania e emancipação, pensando sempre na autonomia e criticidade.

Na visão de Freire (2011, p. 52) [...] prática educativa crítica constitui uma forma de intervenção no mundo, comprometida com o princípio da democracia [...] e também [...] integra uma atitude de inovação e renovação, na crença de que é possível mudar[...]. Segundo o autor a utilização do círculo de cultura objetiva proporcionar uma vivência participativa baseada no diálogo, o que embasará a

⁹Relatório final do seminário de educação de adultos de Pernambuco, preparatório ao II Congresso Nacional de educação de Adultos, 1958, p. 8, cujo relator foi Paulo Freire.

reflexão-ação na elaboração coletiva de uma proposta sintetizada para uma educação libertadora.

No que concerne ao Círculo da Cultura, Damasceno define que:

A denominação de Círculo culmina porque todos estão à volta de uma equipe de trabalho, com um animador de debates que participa de uma atividade comum em que todos se ensinam e aprendem, ao mesmo tempo. A maior qualidade desse grupo é a participação em todos os momentos do diálogo, que é o seu único método de estudo nos círculos. É de cultura, porque os círculos extrapolam o aprendizado individual, produzindo também modos próprios e renovados, solidários e coletivos de pensar (DAMASCENO, 2003, p.24).

De acordo com Freire (2002) o desenvolvimento do trabalho com aplicação do Círculo de Cultura requer que o animador(a) esteja atento para o que se fala. As falas, as conversas, as frases, entrevistas, discussões, dentro ou fora do círculo, tudo está carregado dos temas da comunidade, seus assuntos, sua vida.

Partindo da metodologia de Freire (1999, p. 40) que possui como pano de fundo uma proposta pedagógica libertadora, referindo o desenvolvimento do Círculo de Cultura consiste de três momentos:

Investigação temática: Nessa etapa o animador e os componentes do grupo buscam, no “universo vocabular dos participantes e da sociedade onde eles(as) vivem as palavras e temas centrais de suas biografias”.

Tematização: É justamente o momento em que ocorre a tomada de consciência do mundo por parte dos componentes do grupo “a tematização, mediante a qual eles(as) codificam e decodificam esses temas; ambos buscam o seu significado social, tomando assim consciência do mundo vivido”; Vale salientar que esse resultado é fruto da primeira etapa.

Problematização: Nesta etapa a “problematização, em que o coordenador do grupo desafia e inspira o adolescente a superar a visão ilusionista e acrítica do mundo, para uma postura conscientizada por meio que eles(as) buscam superar esta visão mágica por uma visão crítica, transformação do contexto vivido, construção de estratégia da educação libertadora;”.

A proposta pedagógica libertadora para o desenvolvimento das ações de PS para o escolar adolescente, utilizando o Círculo de Cultura deve ser um lugar onde todos têm a palavra, onde todos leem e escrevem o mundo. É um espaço de trabalho, pesquisa, exposição de práticas, dinâmicas, vivências que possibilitam a

elaboração coletiva do conhecimento (FREIRE, 2002). Cabendo ao animador desafiar o grupo para que supere a visão mágica e acrítica do mundo, levando-o a assumir uma postura conscientizada e cidadãos críticos e reflexivos.

Nessa direção, compartilhamos o pensamento de Freire (2014), que diz que o diálogo é uma condição fundamental de todos os atos humanos na tarefa de modificar o curso da história. Para ele, o diálogo é o encontro dos homens mediatizados pelo mundo, que não ocorre, porém, se não há um profundo amor ao mundo e aos próprios homens.

Dessa forma, percebemos que, sem dialogar, ouvir, conhecer, observar e valorizar as vivências, as experiências e os conhecimentos da comunidade escolar inserida no território adstrito com as quais desenvolvemos diariamente nossas ações de profissionais da saúde e educadores, jamais alcançaremos os objetivos de construir uma sociedade mais crítica, formada por cidadãos conscientes de seus direitos e deveres.

Assim, ao pensarmos na saúde do adolescente e em todas as questões relacionadas a esse período da vida, percebemos a importância de conhecer seus modos de viver, seus desejos, ambições e expectativas, para, então, repensar as formas de assisti-los e, principalmente, nas atividades a serem desenvolvidas para a Promoção da Saúde.

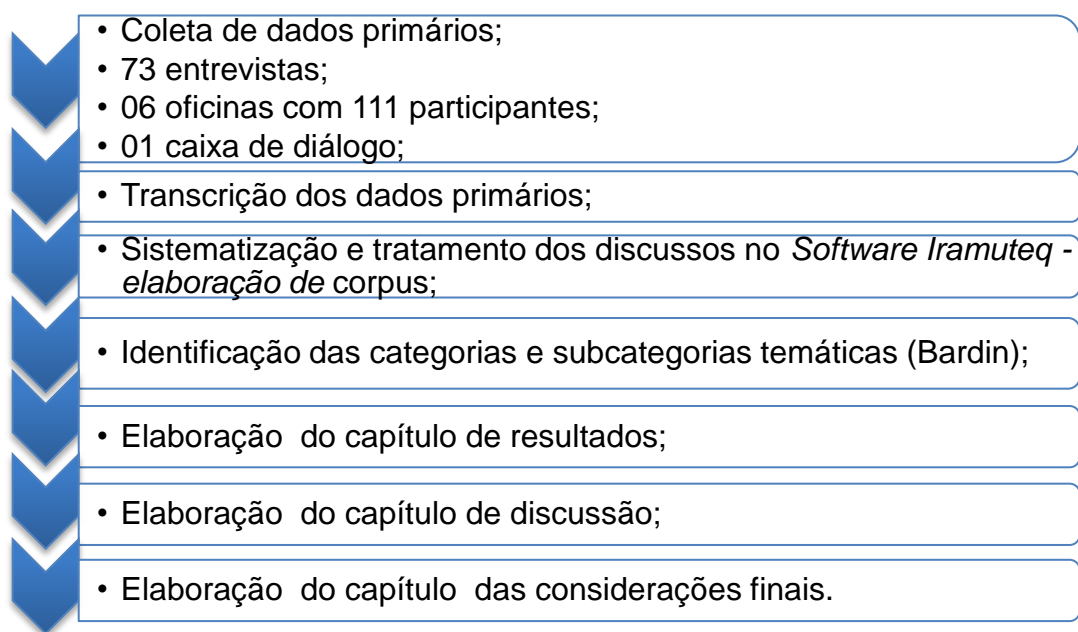
Em virtude disso, acreditamos que a PS se apresenta como uma ferramenta adequada para nortear a realização das ações cuja finalidade é a instrumentalização dos escolares adolescentes para a tomada de decisões e de atitudes conscientes, responsáveis e com autonomia.

4 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa realizada deriva de reflexões de trabalhos desenvolvidos por membros do grupo de pesquisa NESC/ UFPR, ao qual este está vinculado. Os estudos desenvolvidos foram: “A contribuição do movimento social organizado nas conferências municipais de saúde para a acessibilidade do adolescente ao sistema local de saúde” (SILVA, 2011); “Necessidades em saúde dos adolescentes de um território de Curitiba” (SANTOS 2012b); “Necessidades em saúde: a percepção dos adolescentes de um determinado território de Curitiba” (SANTOS, 2013) e “ações em saúde para adolescentes nos serviços de atenção básica – o olhar do enfermeiro em um distrito sanitário” (MAFRA, 2014).

A partir dos conhecimentos construídos, nos estudos acima referidos, se propôs o desenvolvimento de pesquisa intitulado “Promoção da saúde do escolar adolescente segundo as diretrizes do programa de saúde do escolar: uma experiência em um município do sul do Brasil.” Observada na a síntese dos passos da pesquisa a partir da coleta dos dados (Figura 1).

FIGURA 1 - SÍNTESE DOS PASSOS DA PESQUISA A PARTIR DA COLETA DE DADOS. CURITIBA-PR, (2015).



FONTE: A autora (2015)

4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

Assim, trata-se de uma pesquisa descritiva e exploratória, com abordagem qualitativa, com utilização de dados estatísticos, ancorada na Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) pela possibilidade que esta oferece. Pois, ao mesmo tempo, possibilita desenvolver o conhecimento por meio da pesquisa e, o cuidado por meio da atividade de intervenção, no caso das ações de educação em saúde.

Segundo Trentini e Paim (2014) a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) valoriza a articulação ação-reflexão-ação e estimula o pesquisador a distanciar-se de sua prática para pensar o seu fazer sem desligar-se dela, ao mesmo tempo, estimulando o pesquisador a ‘mergulhar’ na sua prática para fazer o seu pensar.

As investigações qualitativas, em relação ao objeto de estudo a promoção da saúde do escolar adolescente por sua diversidade e flexibilidade, não admitem regras precisas, aplicáveis a uma gama de casos. São inseridas em um universo que não pode ser quantificado, pois corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis, captando seus significados e suas relações (MINAYO *et al.*, 2014). A pesquisa exploratória busca desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os seus processos subjacentes (POLIT *et al.*, 2011).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Curitiba – PR, com população de 1.848.943 habitantes (CURITIBA, 2014). No município 16,8% da população é formado por adolescentes, o que corresponde a 320 mil, deste total 7 % cerca 224 mil são usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Atualmente Curitiba está dividida em nove regionais administrativas¹⁰(Figura 2) a seguir. A regional do Pinheirinho (PN) localiza-se na região sul de Curitiba-PR,

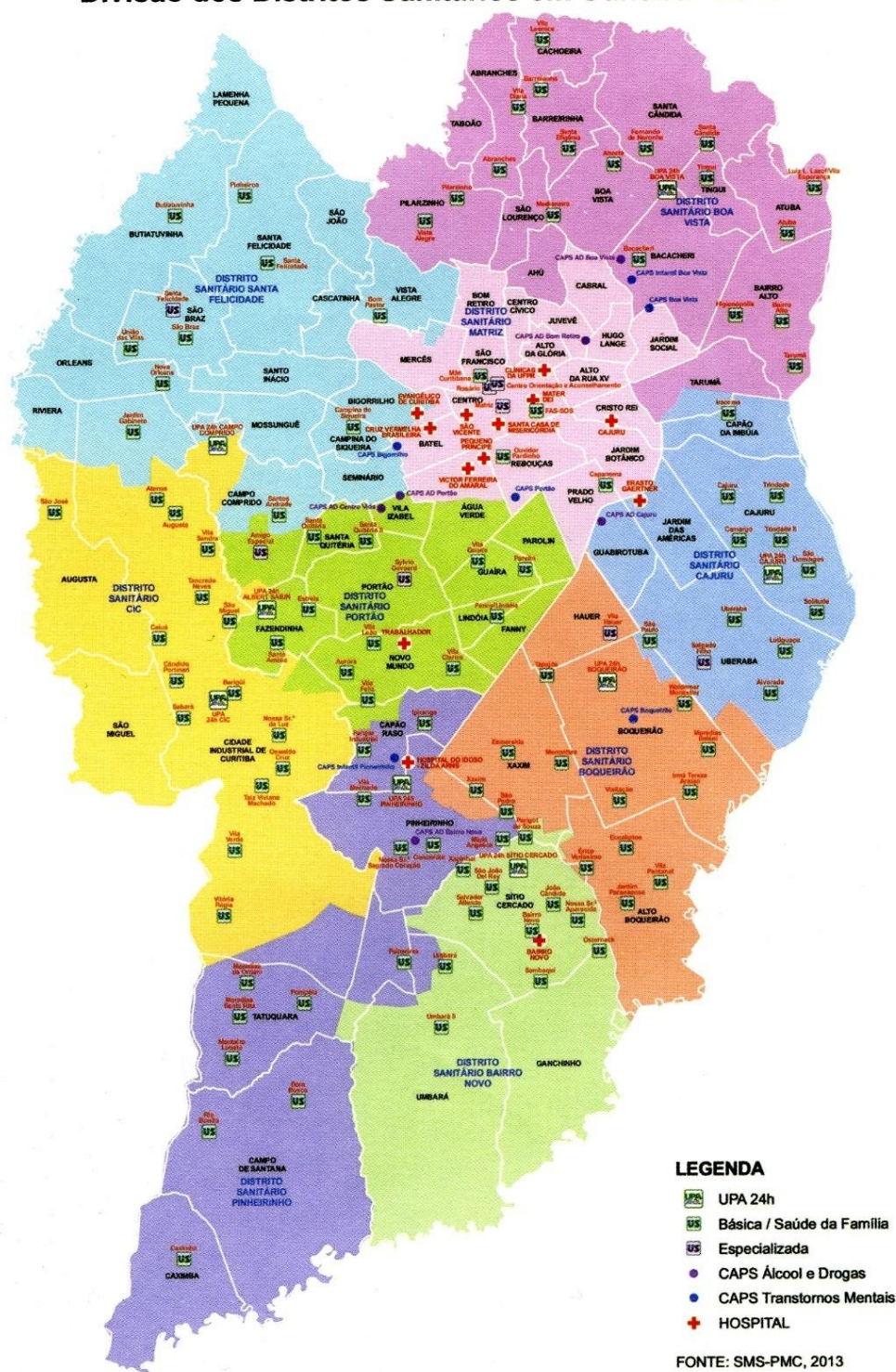
¹⁰Com a criação da nova área administrativa da Prefeitura durante a conclusão desta dissertação de mestrado as regionais: Pinheirinho, Portão, Cidade Industrial e Santa Felicidade também mudam de configuração.

A nova regional está localizada no extremo sul de Curitiba e faz divisa com os municípios de Araucária e Fazenda Rio Grande. Tem área total de 41,03 quilômetros quadrados, o que equivale a 9,43% do território do município de Curitiba (IPPUC, 2015).

cercada pelas regionais da Cidade Industrial, Portão, Boqueirão e Bairro Novo, o qual faz divisa com dois municípios da região metropolitana: Araucária e Fazenda Rio Grande, conforme (Figura 3) a seguir (IPPUC, 2013).

FIGURA 2– MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DAS REGIONAIS ADMINISTRATIVAS DO MUNICÍPIO DE CURITIBA COM A LOCALIZAÇÃO DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE. CURITIBA-PR, 2014.

Unidades Municipais de Saúde por Divisão dos Distritos Sanitários em Curitiba - 2013



FONTE: CURITIBA, SMS-PMC, (2013)
NOTA: Figura adaptada por MAFRA (2014)

FIGURA 3 – MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO COM REGIÕES METROPOLITANA DE CURITIBA. CURITIBA-PR, (2015).



FONTE: IPPUC– GEOPROCESSAMENTO, (2013)
NOTA: elaboração IPPUC – setor de monitoração

A população total da regional do PN é de 168.425, com densidade populacional de 29.76 hab., apresentando crescimento populacional de 23, 945 de 2000 a 2010, neste mesmo período os bairros mais afastados do centro da capital paranaense e mais próximo das regiões metropolitanas apresentaram maior crescimento populacional, conforme demonstrado na (Figura 4) a seguir (IPUCC 2013).

FIGURA 4 – MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DOS BAIRROS DA REGIONAL ADMINISTRATIVA PINHEIRINHO CURITIBA-PR, 2015

LEGENDA

-  REGIONAL PINHEIRINHO
-  BAIRROS



FONTE: IPPUC – GEOPROCESSAMENTO, 2013

NOTA: ELABORAÇÃO: IPPUC – SETOR DE MONITORAÇÃO

A regional PN apresenta um total de 51.789 de domicílios, com percentual acima de 99% com abastecimento de água tratada e coleta de lixo, já a rede de esgoto está entre os piores índices do município com 89,39%, o que reflete no total

de ocupações irregulares com 6.147 domicílios de ocupações irregulares distribuídos em 44 áreas. Em média são quatro moradores por domicílios regulares (IBGE, 2010).

Ainda, comparado a Curitiba a regional do PN apresenta predominância das de pessoas com menor poder aquisitivo, 44, 04% apresenta rendimento de até um salário mínimo mensal, e 1.787 hab. vivem em extrema pobreza, cujo rendimento nominal *per capita* é de 70 reais mensais (IBGE, 2010; IPPUC, 2013).

Em relação ao ensino, na regional do PN neste período compreendido entre 2000 a 2010, houve melhora das taxas de escolarização, destacando-se a faixa etária de 4 a 6 anos, com aumento do índice de 62,8% para quase 80%. Porém, na faixa de 15 a 17 anos a taxa indica que somente 62% dos adolescentes estão na escola, (IBGE, 2010). Quando se observa a taxa de analfabetismo de 15 anos ou mais, apresentou redução na última década de 7,8% para 2,1% em 2010, porém os analfabetos de Curitiba concentram-se em locais próximos dos limites com a Região Metropolitana e esta regional possui os maiores contingentes dessa população.

Segundo dados do CENSO (2010), na regional do PN a faixa etária de crianças entre zero e 14 anos corresponde 42.469, e os jovens na faixa etária de 11 a 14 anos corresponde a 12.545, destes jovens mais de 99% frequentam a rede pública de ensino local escolhido de cenário para o desenvolvimento desta pesquisa.

O Campo de Santana está entre os 10 bairros que mais crescem em Curitiba, entre 2000 e 2010, com taxa anual de 13,77%, bem acima dos 0,99%, registrado no município, pela sua localização na periferia e sua ocupação recente, as residências são próprias ou financiadas, com moradores em média de sete anos, apresenta maior concentração de jovens (IBGE, 2010), está entre os bairros com maior proporção de domicílios com renda abaixo de $\frac{1}{2}$ salário mínimo (CURITBA, 2014).

O Campo de Santana é o bairro com maior área verde por habitante da regional, porém com poucos equipamentos de esporte e lazer, sendo a televisão, considerada o lazer para as famílias e o maior veículo de informação para esta comunidade escolar, o que faz os docentes repensarem suas estratégias de pesquisa, e, aprenderem a explorar de forma sadia importantes temas tratados na televisão desta forma torna-se imprescindível à clareza por parte de todos os profissionais da escola e da saúde, que a televisão assume nas famílias e na comunidade escolar papel educador (CURITBA, 2014).

A pesquisa foi realizada no Colégio Estadual Nirlei Medeiros, inaugurado em julho de 2006, que oferece ensino séries finais do ensino fundamental (6^a a 9^a ano), ensino médio e educação profissional à distância. Com um total de 1961 alunos, sendo 52 turmas, com 20 salas de aulas, em quatro turnos (manhã, tarde, intermediário e noite). Com relação aos profissionais a escola conta com 52 professores, 24 funcionários e 4 pedagogos.

A escolha deste território ocorreu pelo fato desta escola estar inserida no território adstrito da Unidade de Saúde/ESF, na qual a pesquisadora e enfermeira desenvolve ações de saúde, no âmbito individual e coletivo.

Como território é diferente, para melhor conhecimento e aproximação daquela comunidade descreve-se brevemente a realidade social onde se realizou a pesquisa.

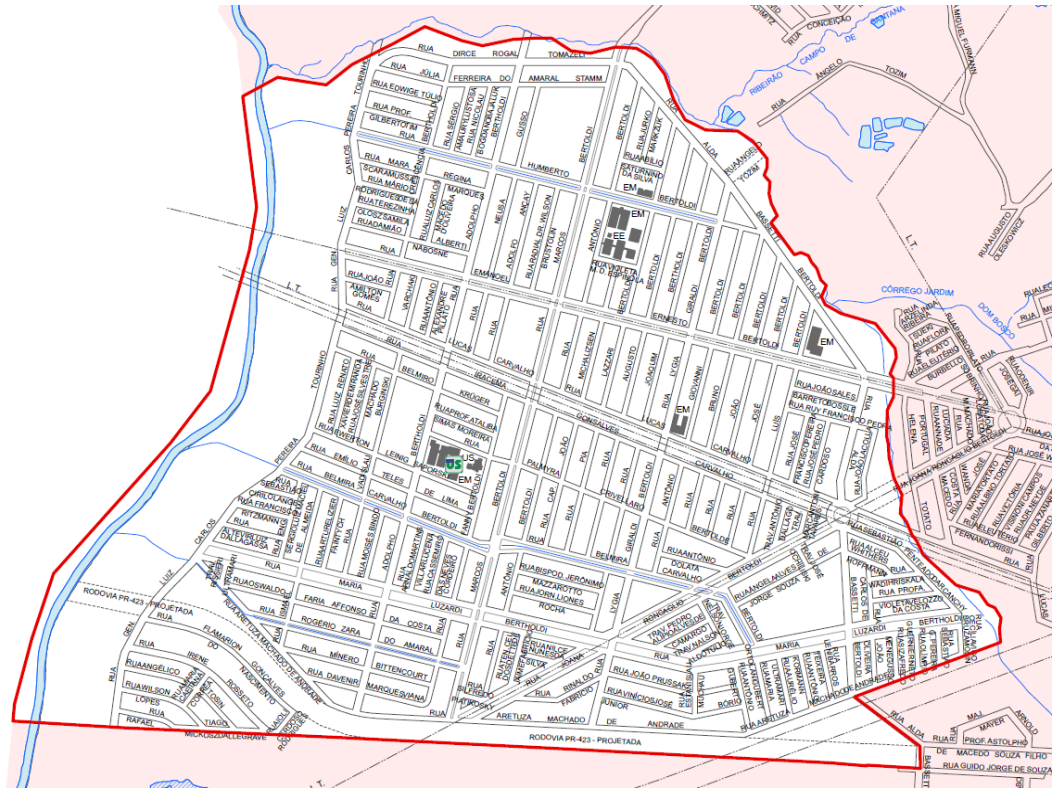
O território da unidade de saúde Rio Bonito, localizado na região sul do município de Curitiba, no Campo de Santana, composto aproximadamente de 1,3 milhão de metros quadrados conforme pode ser observado na (Figura 5). Apresenta segundo dados do IBGE, população total de 14.163 habitantes, sendo 1.581 na faixa etária compreendida entre 10 e 14 anos de idade. O loteamento conta com casas residenciais e estabelecimentos comerciais, com infraestrutura na área educacional de três escolas municipais e uma escola estadual, três Centros Municipais de Ensino Infantil (CMEI), uma Unidade de Saúde (US/ESF) Estratégia de Saúde da Família (ESF) e um Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). (IBGE, 2010; IPPUC, 2014).

A Unidade Municipal de Saúde Rio Bonito foi construída sob a Política de Planejamento e Pactuação do SUS. Atualmente, de acordo com relatório obtido pelo sistema e-saúde da Secretaria Municipal de Saúde, a unidade de saúde apresenta um total de 20.234 usuários com cadastros definitivos.

A aplicação do roteiro de entrevista junto a escolares adolescentes foi realizada no domicílio dos mesmos. Para os professores e funcionários utilizou-se as dependências da escola. Em todas as situações de entrevistas se garantiu a privacidade dos participantes.

Para as oficinas, realizadas junto aos adolescentes, se organizou juntamente com a direção da unidade de saúde o uso do espaço saúde para a atividade.

FIGURA 5– MAPA DA DIVISÃO TERRITORIAL DA UNIDADE DE SAÚDERIO BONITO DE CURITIBA. CURITIBA-PR, 2015



FONTE: IPPUC – GEOPROCESSAMENTO, (2013).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram 31 escolares adolescentes, 16 funcionários e 26 professores. Esses últimos sendo aqueles que atuavam diretamente com as turmas do 6º ano do colégio público estadual de ensino médio, presente no território selecionado para o estudo, da área de abrangência de uma unidade de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba-PR.

4.3.1 Critérios de Inclusão e de Exclusão

Os critérios de inclusão no estudo foram adolescentes escolares de 11 a 14 anos, de ambos os sexos, regularmente matriculado em turmas do 6º ano ensino fundamental, series finais, período matutino e vespertino, as quais foram previamente indicados pela direção do colégio e selecionados pela pesquisadora. Professores e funcionários maiores de 18 anos, de ambos os sexos, que atuam junto às turmas previamente indicadas pela direção da escola e selecionados pela pesquisadora e que aceitaram participar do estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento (TA). Este último no caso do assentimento do adolescente participante, que ocorreu após a assinatura do seu responsável no TCLE.

Os critérios de exclusão foram adolescentes escolares, professores e funcionários, que estavam afastados por algum motivo, como férias, licença saúde ou licença prêmio e ausente do colégio no dia da atividade de promoção da saúde e que não aceitaram participar do estudo por meio de recusa da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e do Termo de Assentimento (TA).

4.4 COLETA DE DADOS

Para compreender o cenário do estudo foram obtidos dados secundários sobre a população tais como perfil demográfico, socioeconômico, infraestrutura urbana, condições de saúde, em bancos de dados de instituições públicas, tais como: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS-CTBA), dados disponibilizados pela Secretaria

pela Secretaria Estadual de Educação do Estado do Paraná, os quais estão disponíveis em *sites* públicos.

A coleta de dados primários teve por finalidade inicial levantar os temas para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde que objetivaram intervir para promover a saúde do grupo de adolescentes escolares. Assim, foi mantida uma “caixa de diálogo” na sala durante a realização das oficinas.

A técnica de coleta de dados foi a da entrevista com roteiro semiestruturado aplicado junto aos professores, funcionários e adolescentes escolares de uma escola pública estadual.

O instrumento de entrevista para o escolar adolescente foi composto de perguntas fechadas e abertas. Com relação às perguntas fechadas buscaram-se dado referente ao sexo, série de estudo e reprovações. Para garantir o anonimato dos participantes foram utilizados siglas e códigos nos dados de identificação do participante. As questões abertas visavam identificar a compreensão do participante sobre a promoção da saúde, temas para a realização de oficinas e, o trabalho interdisciplinar entre saúde e educação (APÊNDICE E).

O instrumento de coleta de dados aplicado junto ao funcionário e ao professor também foi composto por questões fechadas referente ao sexo, tempo de profissão, atuação na escola, vínculo empregatício e carga horária semanal de trabalho. As questões abertas foram similares às do roteiro de entrevista do adolescente no sentido de identificar as temáticas para as oficinas (APÊNDICE F).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora após os participantes serem informados que se tratava de uma pesquisa, dos seus objetivos e do procedimento de coleta de dados. Os participantes foram incluídos após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) (APÊNDICES A, C e D) e do Termo de Assentimento (TA) (APÊNDICE B). Em virtude da greve dos funcionários e professores da rede estadual de ensino no estado do Paraná as coletas de dados dos adolescentes ocorreram nos domicílios dos mesmos. Já a coleta de dados dos funcionários e professores ocorreu no ambiente escolar, durante o turno de trabalho no colégio, conforme dia e horário pré-agendado pessoalmente, no período de fevereiro a junho de 2015. As entrevistas tiveram a duração média de 15 minutos. Algumas entrevistas foram escritas e outras gravadas e transcritas pela pesquisadora. Os aspectos éticos de sigilo e codificação dos participantes foram respeitados.

Assim, todas as entrevistas realizadas tiveram como finalidade levantar as temáticas para realização das oficinas de educação para a promoção de saúde dos adolescentes. Portanto, com a identificação dos temas por meio das falas dos participantes, adolescentes, professores e funcionários, foram organizados “grupos temáticos” para serem desenvolvidas ações de educação para a promoção de saúde aos escolares adolescentes.

O objetivo da organização das oficinas por grupos temáticos foi permitir o aprofundamento das discussões com os adolescentes. A proposta oportunizou evoluir de forma sistemática as ações de educação para a promoção da saúde, nortear os debates no grupo, e trabalhar de forma alinhada e interativa nas oficinas, o que permitiu ajudar o adolescente no processo de elaboração do conteúdo dos temas abordados de forma que estes sejam incorporados na sua vida pessoal e familiar.

Sendo mantida uma “caixa de diálogo” na sala durante a realização das oficinas possibilitando aos participantes outro meio de comunicação entre os escolares adolescentes e o coordenador das oficinas. Nesta caixa os participantes poderiam deixar recados, solicitando novos temas de discussão, e sugerir a retomada de discussões de temas de oficinas anteriores e, deixar avaliações das oficinas.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos e legais da pesquisa seguiram as normatizações dos princípios das pesquisas com seres humanos referendados pela resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 466, de 12 de dezembro de 2012, que garante aos participantes envolvidos o sigilo, o anonimato e o direito a desistência sem prejuízo para os envolvidos no estudo.

Para tal o projeto de pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR para análise e aprovação, em 13 de outubro de 2015, sob-registro nº CAAE 38687014.3.0000.0102 (ANEXO 1). A viabilidade para o campo de pesquisa na SMS de Curitiba foi aprovada, no dia 18 de março de 2015, pelo seu Comitê de Ética em Pesquisa e (ANEXO 2), a Secretaria Estadual de Educação do Paraná, com o protocolo número 13.371.867-2 (ANEXO

3). Foram entrevistados os que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa, mediante assinatura do TCLE.

As entrevistas foram realizadas somente com o aceite dos participantes por meio da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES A, C, e D) e o do Termo de Assentimento (TA) (APÊNDICE B).

4.6 ORGANIZAÇÃO E TRATAMENTO DOS DADOS

Este tópico descreve o processamento do tratamento de dados coletados por meio de entrevistas com os participantes – professores, funcionários e alunos adolescentes, oficinas com os adolescentes e “caixa de diálogo” das oficinas com os adolescentes.

Para apoiar o tratamento dos dados desta pesquisa com o objetivo de aprofundar a discussão na pesquisa qualitativa, foi utilizado o *software* IRAMUTEQ (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*). Este programa informático é de domínio público e ancorado no *software R*, que possibilita diferentes análises estatísticas de textos produzidos a partir de entrevistas, documentos, entre outros (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

O *software* IRAMUTEQ permite vários tipos de tratamento: as textuais clássicas, de especificidades, o método de Classificação Hierárquica Descendente (CHD), a de similitude e a nuvem de palavras.

O método CHD proposto por Reinert, em 1990, foi utilizado pelo *software* ALCESTE (*Analyse Lexicale para Context d'un Ensemble de Segments de Texte*) (REINERT, 1990). Com a CHD é possível se verificar “os segmentos de texto em função dos seus respectivos vocabulários, e o conjunto deles é repartido com base na frequência das formas reduzidas”. Neste estudo as Unidades de Contexto Inicial (UCI) ou textos construídos a partir das falas das entrevistas foram tratados com base em cada uma das perguntas da entrevista, no caso foram três perguntas. Portanto, não se tratou os dados por entrevistas de cada participante, seja ele professor, funcionário e escolares adolescentes. Neste sentido, todas as falas dos participantes foram agrupados segundo categoria do participante, assim o emissor da fala ficou evidenciado neste tratamento. Nos dados advindos das oficinas com os adolescentes as UCI foram construídas a partir da fala de cada momento, ou seja, de cada oficina a qual era desenvolvida segundo um tema gerado a partir das falas,

assim se teve uma fala por oficina, segundo o tema do dia com único emissor (CAMARGO; JUSTO, 2013a).

No tratamento das fala das entrevistas e das oficinas gerados nessa pesquisa, de acordo com Viana *et al.*, (2013), optou-se por selecionar as palavras na CHD pela frequência e pelos valores de qui-quadrados mais elevados para cada classe gerada, tendo em vista a compreensão de que essas palavras eram significativas na sua frequência das falas o que, posteriormente, permitiria um aprofundamento na análise do material. Segundo Chartier e Meunier (2011), o teste qui-quadrado (χ^2)¹¹ é utilizado para verificar a associação das Unidades Contexto Elementar(UCE) com determinada classe; portanto, quanto mais alto o valor do qui-quadrado da palavra, maior é a sua associação com os conversados participantes, no caso o *corpus*. Todas as palavras selecionadas tiveram um $p < 0,001$ ¹² indicando a associação significativa do termo com as falas.

Após a transcrição das 73 entrevistas dos participantes adolescentes, professores e funcionários, referentes aos aspectos abordados na entrevista – compreensão da promoção da saúde, a participação dos profissionais da saúde na escola na promoção da saúde e sugestões de temas para encontros/oficinas para serem realizados para os adolescentes na escola - foi realizada a formatação de um *corpus monotemático*¹³ (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

Para cada entrevista ser reconhecida pelo *software* como um texto, elas receberam uma linha de comando, contendo asteriscos foram: **** *n_01, conforme o número do participante entrevistado, *adolesc_1, escolar adolescente, *func_1, funcionário do colégio Nirlei, *prof_1, professor do colégio Nirlei. Destaca-se que esse processamento no *software* IRAMUTEQ do *corpus* monotemática teve tempo de duração de 25 segundos, sendo uma vantagem significativa nessa etapa em relação a outras formas de processamento de dados qualitativos conforme demonstrado na (Figura 6) dendograma/entrevistas.

¹¹ χ^2 χ^2)¹¹ Qui Quadrado, é um teste de hipóteses que se destina a encontrar um valor da dispersão para duas variáveis nominais, avaliando a associação existente entre variáveis qualitativas, ou seja é a associação da palavra com a classe. <http://www.cultura.ufpa.br>

¹² $p < 0,01$ o valor estabelecido pelo *software Iramuteq* pelo nível de significância das palavras.

¹³ Corpus monotemático é construído pelo pesquisador, sendo um conjunto de texto que se pretende analisar onde cada linha é seguida por um texto sem separações.

Os dados coletados nas oficinas foram transcritos de maneira temática, onde cada linha de comando teve um conteúdo conforme descrito abaixo – foi realizada a formatação de um *corpus temática*¹⁴(CAMARGO; JUSTO, 2013b).

1. Saúde dos adolescentes e mudanças corporais na adolescência;
2. Adolescência, sexualidade e higiene íntima;
3. Higiene bucal e cuidados gerais com os dentes;
4. DST/AIDS;
5. Gravidez na adolescência e métodos contraceptivos;
6. Drogas, adolescência e violência.

Para cada oficina ser reconhecida pelo *software* como um texto, elas receberam uma linha de comando, contendo asteriscos foram: **** *oficina1_, seguido do tema da oficina, de forma sendo sequencial até a sexta oficina. Esse processamento no *software* IRAMUTEQ do *corpus temática* teve tempo de duração de 16 segundos, sendo considerada também pelo *software* uma vantagem significativa nessa etapa em relação a outras formas de processamento de dados qualitativos conforme demonstrado na (Figura 8) dendograma/oficinas.

Assim, *corpus* está apresentado de duas maneiras, sendo uma monotemática e a outra temática. A monotemática refere-se às entrevistas dos professores, funcionários e escolares adolescentes, a temática refere ao conteúdo das oficinas. Sendo que esses dois *corpus* contém todas as falas em dois arquivos de texto no *software* OpenOffice.org e salvo no tipo *texto.txt*. (CAMARGO; JUSTO, 2013b).

A partir da construção destes *corpus* foi realizada a análise textual (NASCIMENTO; MENANDRO, 2006). Para a análise foram incluídos os segmentos de texto oriundos das entrevistas e oficinas associados a cada classe, o que permitiu obter “o contexto das palavras estatisticamente significativas, possibilitando uma análise mais qualitativa dos dados” (CAMARGO; JUSTO, 2013a, p.516).

Durante o desenvolvimento desse projeto, para manutenção de um diálogo contínuo com os adolescentes, o qual teve por objetivo avaliar e redimensionar as ações de educação em saúde que estavam sendo desenvolvidas foi proposta uma “caixa diálogo”, a qual se constituiu de uma caixa de papelão previamente preparada e deixada em local combinado para que os adolescentes ali depositassem suas

¹⁴Corpus temática, onde cada linha pode conter duas ou mais temáticas.

dúvidas e sugestões com relação aos temas e metodologias das oficinas. O material produzido, textos escritos pelos adolescentes em papel de recados, foi convergente com os conteúdos das falas das entrevistas e das oficinas. Logo, este material serviu para reafirmar os temas e a condução das oficinas, assim se considerou que as falas não deveria ser submetido ao tratamento do *software* IRAMUTEQ, visto a convergência destas falas com os dados já tratados e analisados neste relatório. Outra questão é que este material será analisado posteriormente para fazer o relato de experiência com as oficinas de educação em saúde para adolescentes.

Com relação ao processo de avaliação das oficinas, conforme objetivo deste estudo, também se utilizou a caixa de diálogo para que os adolescentes ali depositassem o instrumento de avaliação (APÊNDICE G), no sentido de permitir o sigilo e o anonimato do participante em tal processo. Esta fase do estudo está descrita ao final do capítulo de resultados e discutida no capítulo de análise.

4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Com os dados secundários captados em *sites* que continham os bancos de dados das instituições públicas tais como: IBGE, IPARDES, IPPUC, SMS-CTBA, SESA, buscou-se compreender as dimensões do cenário do estudo sobre a população do DSPN especificamente do Campo de Santana.

As falas das entrevistas, oficinas e caixa de diálogo foram analisados segundo Análise de Conteúdo (AC) proposta por Bardin (2011), pois esta possibilita ao pesquisador sistematizar o material empírico segundo as categorias analíticas previamente estabelecidas por meio do referencial teórico e metodológico construído para o presente estudo.

Para Bardin (2011) a análise temática, por ser considerada apropriada para investigações qualitativas, consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja frequência apresenta algum significado para o objetivo analítico visado. A análise temática divide-se em três etapas: Pré-análise objetivando a operacionalização e sistematização das ideias iniciais conduzindo na esquematização do desenvolvimento da pesquisa, sendo retomados os objetivos iniciais da pesquisa, e formulados os indicadores que o orientaram na interpretação final.

Neste estudo a fase de pré-análise foi decomposta em três tarefas, sendo elas: 1) Leitura flutuante que permitiu ao pesquisador ter contato, exaustivo com o material produzido nas entrevistas, oficinas e “caixa de diálogo”, no sentido de reconhecer o conteúdo das falas; 2) Constituição de *corpus*, o qual foi um processo de organização e tratamento do material empírico que objetivou validar as falas pelos critérios de exaustividade¹⁵, representatividade¹⁶ e homogeneidade¹⁷; 3) Formulação, reformulação de hipóteses e objetivos, a qual neste estudo foi por meio do uso do *software* IRAMUTEQ, que permitiu a releitura do material e das indagações iniciais. Nessa atividade foram evidenciadas as unidades de registro-palavra-chave e frases das falas. Essas unidades de registros foram evidenciadas por classes do *corpus* em *couleur*¹⁸ para, posteriormente, serem agrupadas nas categorias temáticas que permitiram a análise do material (BARDIN, 2011).

Na sequência, segunda etapa de exploração do material empírico, se classificou as falas advindas das classes do *corpus couleur* nas categorias temáticas (BARDIN, 2011).

Na terceira etapa, retomaram-se os resultados brutos, ou seja, as categorias que emergiram da fala empírica, foram submetidas a operações estatísticas simples, as quais neste estudo foram com o uso do *software* IRAMUTEQ. Esse processo permitiu confirmar os resultados obtidos por meio da frequência e relação entre as palavras e frases. A partir deste se realizou as interpretações conforme o referencial teórico e metodológico para a fase de análise (BARDIN, 2011). Assim, as categorias temáticas evidenciadas foram: seis categorias em três eixos.

¹⁵Na elaboração do corpus não se pode deixar de fora qualquer elemento que foi captado nos discursos que não possa ser justificado no plano do rigor, ou seja, a exaustividade é complementada pela regra de não seletividade.

¹⁶A amostragem do discurso diz-se rigorosa se o fragmento selecionado for parte representativa do discurso total coletado, universo inicial.

¹⁷Os discursos selecionados nos fragmentos devem ser homogêneos, isto é, não devem ser previamente selecionados por critérios que levem a escolhas precisas e singulares, as quais podem levar a uma demasiada especificidade de fragmento de discurso. Essas especificidades devem sim representar uma análise para além do critério de homogeneidade.

¹⁸*Corpus* em *couleur* - do corpus_alceste_1 abrirá uma interface do navegador da internet que permite a visualização dos segmentos de texto característicos de cada classe, identificando-a pelas cores das classes, conforme as apresentadas no dendograma, figura produzida pelo *software* no tratamento dos dados (RATINAUD; MARCHAND, 2012).

5 RESULTADOS

Neste capítulo são apresentadas: as caracterizações dos participantes das entrevistas e das oficinas; as sete classes produzidas a partir do tratamento dos dados das falas pelo *software* IRAMUTEQ; os três eixos com as seis categorias temáticas advindos das falas dos entrevistados, e ainda, os dados oriundos das oficinas temáticas desenvolvidas junto aos escolares adolescentes.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

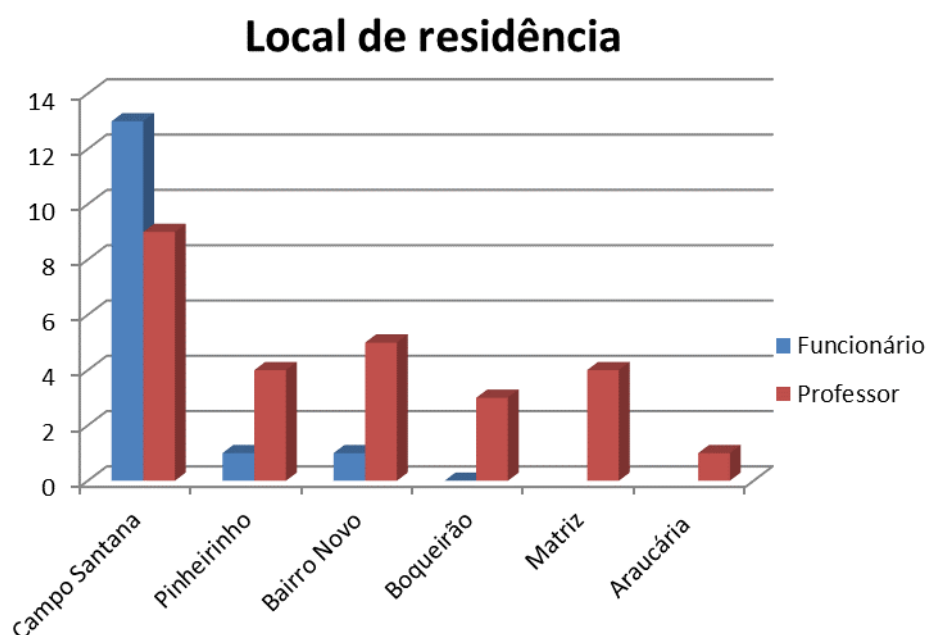
5.1.1 Participantes das entrevistas

Dentre os 73 participantes das entrevistas, 31 escolares adolescentes, matriculados no sexto ano do ensino fundamental, 12 do sexo masculino e 19 do sexo feminino. Esses adolescentes estavam na faixa etária entre 11 e 15 anos e eram todos residentes no bairro Campo de Santana. Foram 16 funcionários da escola entrevistados, 11 do sexo feminino e 5 do sexo masculino, na faixa etária entre 29 a 61 anos. Em relação aos 26 professores entrevistados, 14 eram do sexo feminino e 12 do sexo masculino, a faixa etária deste subgrupo ficou entre 21 a 57 anos.

Neste grupo do total de 31 adolescente, 03 declararam uma reprovação, 02 duas reprovações e 03 declararam terem abandonado uma vez o ano letivo nas séries iniciais do ensino fundamental (1^a a 5^a ano).

Dentro os funcionários entrevistados, 81,3% dos funcionários residem no bairro Campo de Santana, 12,5% residem em outro bairro que pertence à Regional do Pinheirinho, e 6,2% residem no Bairro Novo, divisa de abrangência com esta Regional. Com relação aos professores, 34,6% declararam que residem no bairro do Campo de Santana, 15,4%, informam residência em outro bairro da Regional do Pinheirinho, 19,2%, residem em bairro vizinho ao território estudado, 3,8% reside na região metropolitana de Curitiba divisão territorial com a Regional Pinheirinho (Figura 3). Somente 26,9% declarou que mora em bairros distantes, conforme demonstrado em (Gráfico 1), a seguir.

GRAFICO 1 – LOCAL DE RESIDÊNCIA DECLARADO PELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS, CURITIBA-PR,2015



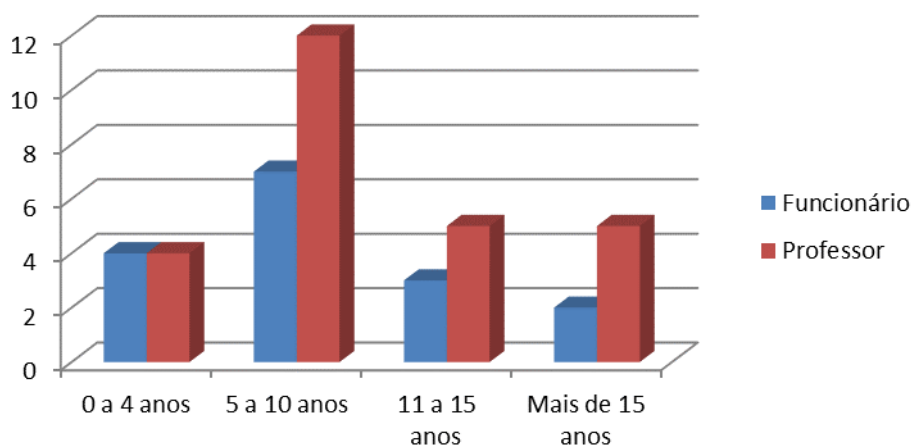
FONTE: A autora (2015).

Referente ao tempo de trabalho no setor educação declarado pelos funcionários e professores entrevistados, observa-se que o grupo de zero a quatro anos apresentou a seguinte distribuição 15,4% dos professores e 25% dos funcionários. Entre os participantes funcionários 43,8% informam tempo entre cinco e dez anos e 19,2% entre onze a quinze anos, somente 12,5% estão no setor educação há mais de 15 anos.

Dos professores 46,1% declaram o tempo de trabalho no setor entre cinco e dez anos. Foi declarado por 19,2% dos professores período entre 11 a 15 anos e mais de 15 anos. Destaca-se que o professor apresentou maior tempo no setor educação. Conforme demonstrado no (Gráfico 2) a seguir quanto mais tempo de trabalho no setor diminui o número de funcionário e o número de professor se mantém (de 11 a mais de 15 anos).

GRAFICO 2– TEMPO DE TRABALHO NO SETOR EDUCAÇÃO DECLARADO PELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS. CURITIBA-PR, 2015

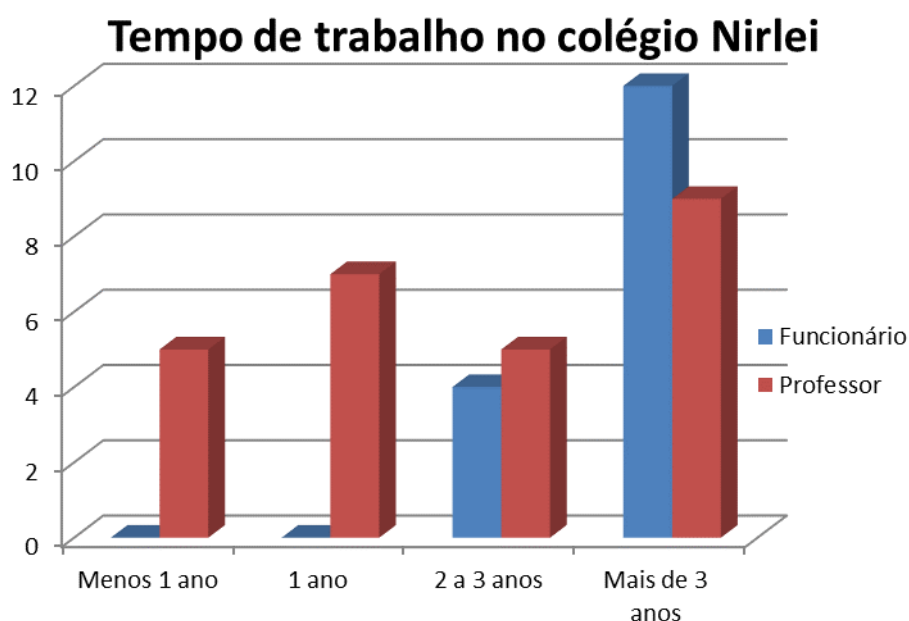
Tempo de trabalho no setor educação



FONTE: A autora (2015)

Com relação ao tempo de atuação no Colégio Nirlei Medeiros, 75% dos funcionários desenvolvem suas atividades no colégio há mais de 3 anos, apenas 25% referiram atuar entre dois e três anos. O grupo professores teve um resultado bem heterogêneo em relação ao tempo de atuação no colégio, 19% com menos de um ano de atuação, 27% até um ano, 19% entre dois a três anos e 35% com mais de três anos de atuação no colégio. Entre esses últimos houve 05 funcionários 10 professores que declararam estar no Colégio Nirlei Medeiros desde sua inauguração. Os dados estão demonstrados no (Gráfico 3) a seguir.

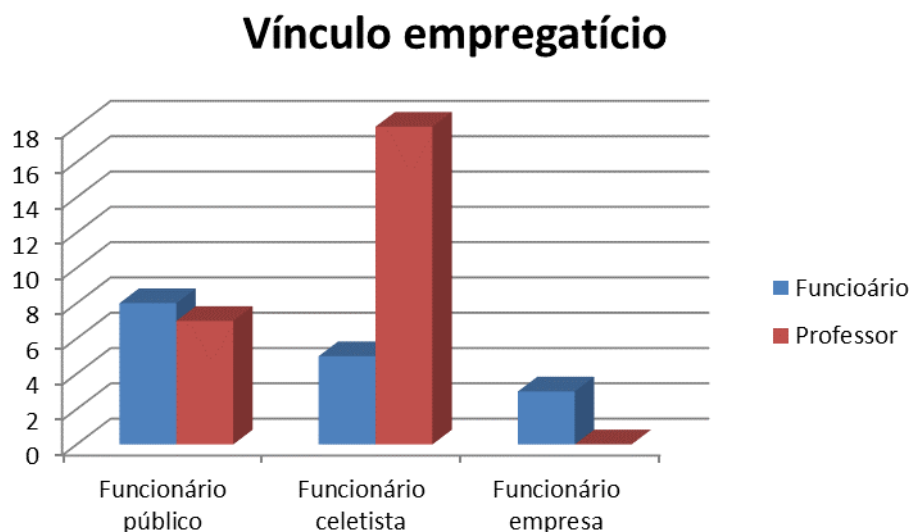
GRAFICO 3 – TEMPO DE TRABALHO NO COLÉGIO NIRLE DECLARADO PELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS, CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015)

Com relação à vinculação dos regimes de trabalho dos entrevistados teve-se que para professores e funcionários foram declarados vínculos de contratos realizados diretamente pelo governo do Estado, no caso foram citados contratos com vínculos empregatícios de regime estatutário e de regime pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Para os funcionários ainda se teve a declaração da vinculação por meio de contratados por empresas que prestam serviços ao governo estadual, o que representa a terceirização de trabalho no setor. Como podemos observar, no (Gráfico) 4 a seguir, os professores celetista representam 60%, os professores estatutários são 40%. Entre o grupo de funcionários 50% são estatutários, 31,3% são celetistas e 18,7% são contratados por empresas terceirizadas. Conforme pode ser observado no (Gráfico 4) a seguir.

GRAFICO 4– VÍNCULO EMPREGATÍCIO DECLARADOPELOS FUNCIONÁRIOS E PROFESSORES ENTREVISTADOS, CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015)

5.2 CLASSES/ENTREVISTAS

O tratamento das falas das **entrevistas com professores, funcionários e escolares adolescentes**, conforme já apontado no capítulo de materiais e métodos, originou o *corpus* que foi elaborado a partir das transcrições das falas dos participantes. No *corpus* foram encontradas 17.892 ocorrências de palavras sendo que 2391 eram de formas distintas, com a frequência média de 5 palavras para cada forma. Sendo este critério utilizado como ponto de corte para a inclusão no dendograma como mostra a (Figura 6).

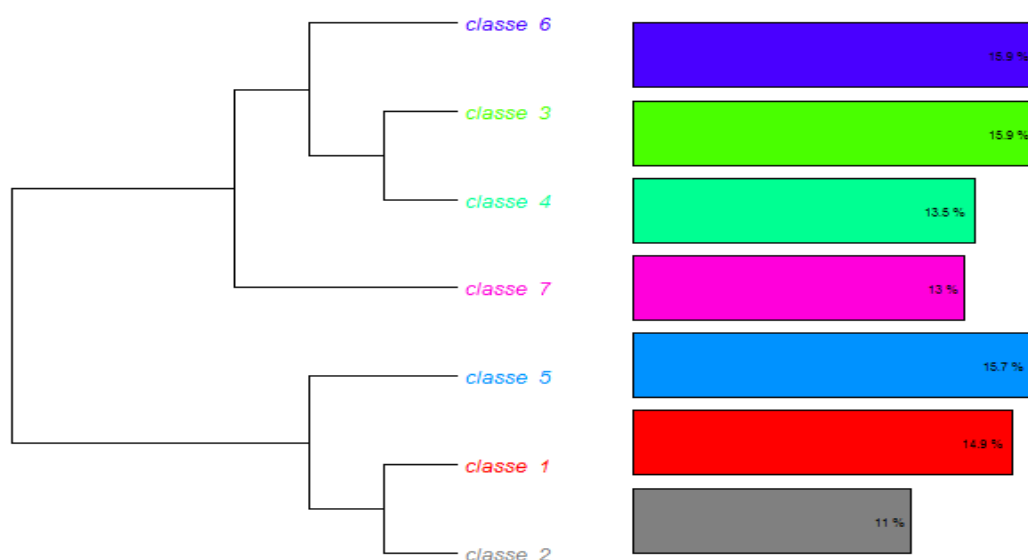
Esse *corpus* foi dividido em 514 unidades de contexto elementares (UCE) e destas 483, ou seja, 93,8% do total de palavras foram equiparadas através de classificação hierárquica descendente (CHD) de segmentos de texto de tamanhos diferentes, indicando o grau de semelhança no vocabulário das sete classes que emergiram no tratamento.

O *corpus* foi dividido em dois sub-*corpus*. De um dos sub-*corpus*, na qual se obteve a classe 6, constituída de 77 UCEs, e que concentra 15,9 % das UCEs e a classe 7 com 63 UCEs do *corpus* total. Ainda neste subgrupo originou-se mais uma repartição que originaram a classe 3 com 77 UCEs, que corresponde à 15,9% das UCEs, e em outra extremidade do dendograma a classe 4 com 65 UCEs, que corresponde a 13,5% das UCEs.

Do outro sub-*corpus*, obteve-se a classe 5, com 76 UCEs, que corresponde à 15,7% das UCEs, e mais duas repartições que originaram as classes 1 e 2 com 72 e 53UCEs, ambas correspondendo a 14,9% e 11% do total das UCEs. Para cada classe, foi computada uma lista de palavras, geradas a partir do teste qui-quadrado. A percentagem referente ao conteúdo é a “ocorrência da palavra nos segmentos de texto nessa classe em relação a sua ocorrência no *corpus*” (CAMARGO; JUSTO, 2013a);

Assim, *corpus* foi dividido em dois sub-*corpus*. De um dos sub-*corpus*, na qual se obteve quatro classes com um total de 58,3% das UCEs e do outro sub-*corpus* obteve três classes com 41,6% do total das UCEs, conforme (Figura 6)

FIGURA 6 – DENDOGRAMA ELABORADO NO SOFTWARE IRAMUTEQ REPRESENTATIVO DAS CLASSES A PARTIR DAS FALAS DOS PARTICIPANTES ENTREVISTADOS PARA O ESTUDO, CURITIBA-PR, 2015

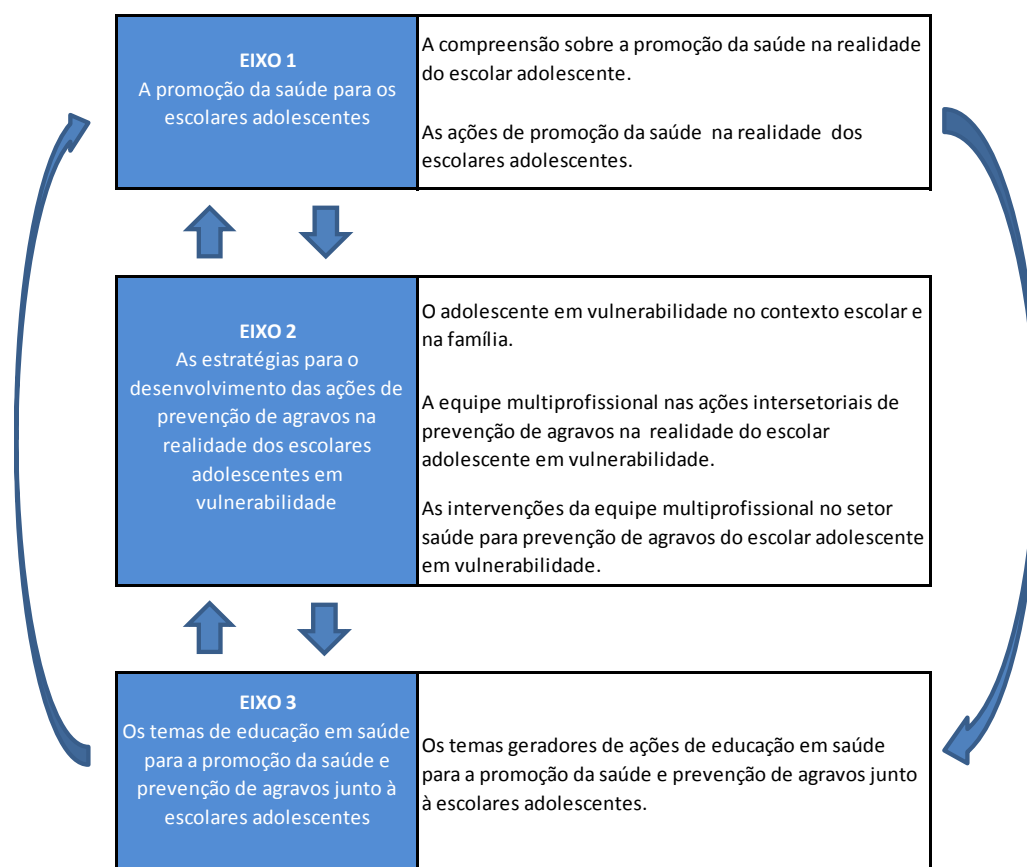


FONTE: A autora (2015)

5.3 AS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS

Após o tratamento do material no *software* obteve-se as sete classes referentes aos agrupamentos dos segmentos dos textos advindo das falas. Após leitura exaustiva desse material se agrupou as classes em três eixos denominados: o conceito de promoção da saúde; as estratégias intersetoriais para o desenvolvimento de ações para reverter processos de vulnerabilidade reconhecidos na dimensão particular da realidade objetiva do escolar adolescente e as ações de promoção da saúde e prevenção de agravos para reverter situações de vulnerabilidade reconhecidas na singularidade dos escolares adolescentes. Estes eixos se desdobram em categorias, conforme representado na (Figura 7).

FIGURA 7 – EIXOS E CATEGORIAS TEMÁTICAS DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015)

5.3.1 Eixo 1– A promoção da saúde para os escolares adolescentes

Este eixo é central na discussão, pois concentra o tema maior do presente estudo e desdobrando em duas categorias: a compreensão sobre a promoção da saúde na realidade do escolar adolescente e as ações de promoção da saúde na realidade dos escolares adolescentes, as quais passam a ser abordadas na sequência.

Estas categorias apontam a compreensão dos entrevistados sobre a promoção da saúde e as ações de promoção da saúde relacionadas à realidade dos adolescentes a partir dela, se apresentarão as duas categorias que emergiram no tratamento dos dados empíricos.

5.3.1.1 A compreensão sobre a promoção da saúde na realidade do escolar adolescente

Nessa categoria, os adolescentes, funcionários e professores, primeiramente referiram não saber definir o que é promoção da saúde. Porém, no decorrer das entrevistas foi possível identificar que as compreensões sobre a promoção da saúde para os participantes convergiam para a promoção da saúde como sendo ter qualidade de vida, boa alimentação, conhecimento sobre as doenças para se cuidar, consumir atividades promovidas pelo setor saúde, prática de exercícios físicos, vacinação e cuidados de higiene pessoal.

Ainda sobre este aspecto, em algumas falas dos participantes funcionários e professores apontaram questões relativas ao dever do Estado para com o cidadão, nesse sentido, destacam-se; melhorar a saúde pública nas cidades para proporcionar bom atendimento e acesso à população, fazer cumprir as políticas públicas e os direitos do cidadão que estão na constituição do Brasil, os quais são relacionados às ações intersetoriais de promoção da saúde.

Chama atenção nas falas dos participantes quando esses referem que se os profissionais do setor saúde fossem desenvolver ações na escola com os alunos, no caso, com os escolares adolescentes, esses buscariam atendimento no serviço local para promover sua saúde. Assim, os entrevistados demonstraram que a compreensão de promoção à saúde também está vinculada ao consumo de atendimento no setor saúde.

Tal compreensão apresenta-se como uma contradição com o que os próprios entrevistados expuseram inicialmente, visto que, afirmaram que promoção da saúde era ter qualidade de vida, boa alimentação, praticar exercícios físicos e ter conhecimento sobre as doenças para se cuidar. E ainda, ao discorrerem sobre as ações que seriam de promoção à saúde para os escolares adolescentes os entrevistados afirmaram que as ações de promoção da saúde na escola seriam de responsabilidade da equipe de saúde do serviço local. Como se pode verificar nas falas a seguir:

“[...] nunca me ensinaram esse tema de promoção da saúde na escola acho que não sei o que é” (adolesc01)

“[...] promoção da saúde é uma divulgação de algo para a saúde, penso que é coisa boa para a gente ser feliz poder ficar com o corpo saudável e com vontade de fazer exercícios, jogar lixo no lugar correto, acho que é isso, é também para promover os funcionários da saúde [...]” (adolesc13)

“[...] é trabalhar em uma sociedade com informações para as pessoas [...] cuidar e manter sua saúde, evitar as doenças [...] fazer cumprir as políticas públicas que visem às ações de promoção da saúde em todos os setores [...] ações intersetoriais com o objetivo de trabalhar nos fatores de risco da população em geral e prevenir as doenças [...]” (func15)

“[...] é fazer educação em saúde, ações preventivas que sensibilizem as pessoas a fazer coisas mais saudáveis [...] fazer cumprir os direitos da constituição do Brasil [...] “saúde é um direito de todos e dever do estado”, é ser responsável por ensinar as pessoas sobre estes direitos, cada um deve saber cuidar de si próprio, ser responsável pela sua saúde [...]” (prof07)

“Promoção da saúde poderia ser melhor, deixa muito a desejar, não por parte das pessoas da saúde em se comprometer, mas por parte do governo que promete não assume não cumpre suas promessas [...]” (prof11)

“[...] estabelecer trabalhos em parcerias entre a educação e saúde de forma intersetorial, podia ter um projeto para a saúde desenvolver na escola em cada ano específico com temas da saúde no currículo transversal [...] a equipe de profissionais da saúde deveria vir aqui na escola e ficar uma semana [...] Promoção da saúde é a equipe de saúde vir na escola falar sobre sexualidade [...]” (porf25)

5.3.1.2 As ações de promoção da saúde na realidade dos escolares adolescentes

Ao fazer uma aproximação com a categoria anterior “a compreensão sobre a promoção da saúde na realidade do escolar adolescente”, esta surge como ações de promoção da saúde na realidade dos escolares adolescentes, convergente nas falas, uma vez que as ações sugeridas dos participantes indicam responsabilização

de sua execução exclusivamente pelo setor saúde. Divergindo das falas da maioria dos participantes surge à fala de dois adolescentes, um apontando que cada setor da comunidade deve conversar individualmente com os adolescentes, no caso referindo-se ao CRAS e, o outro, referindo a polícia militar e a FAS, como parceiras nas ações de promoção.

No entanto, pode ser compreendido nas falas dos participantes que há necessidade de se realizar ações da saúde no colégio, para o que indicaram: palestras, produção de materiais educativos como panfletos, folhetos explicativos cartazes com fotos para serem disponibilizados e fixados no espaço escolar, palestras e roda de conversa com pequenos grupos de alunos, teatro, jogos, além de orientação para o uso de *sites* na *internet* para pesquisa dos alunos nas questões de saúde, assim como o uso de *whatsapp* para divulgação de informações de saúde.

Ainda nesta perspectiva, observa-se nas falas dos funcionários e professores a necessidade de se ter um profissional da saúde com consultório no espaço escolar para atendimentos dos alunos, orientação de cardápios de lanches, esclarecimento de dúvidas dos alunos e para realizar os encaminhamentos necessários. Os participantes adolescentes solicitaram a presença dos funcionários da saúde na escola, mas na visão deles para serem seus professores, esclarecer dúvidas e aplicar vacina. Porém, também reconheceram a necessidade de um cardápio de lanche orientado por profissionais da saúde, estas falas podem ser observados nas seguintes falas:

“[...] cada setor da comunidade deve conversar com os adolescentes individualmente, a saúde e o CRAS devem fazer brincadeiras e palestras sobre temas da saúde [...]” (adolesc02)

“[...] a equipe de profissionais da saúde podia fazer alguns cartazes e deixar fixado nos corredores da escola, assim os alunos ficam olhando lendo e aprendendo. As enfermeiras podiam fazer palestras para os alunos, lanche orientado pela nutricionista, fazer vacinas [...]” (adolesc20)

“[...] podia ter alguém da saúde na escola só para atender os alunos, tem um consultório na escola com a equipe aqui [...]” (func09)

“[...] podia vir alguém da polícia, Fundação Ação Social (FAS) e fazer rodas de conversas, entrevistas com os alunos, distribuir panfletos pode até utilizar a própria aula do professor de ciências para fazer este trabalho com os alunos [...] trabalhar com grupo menor com agendamento quando o professor vai trabalhar certos assuntos [...]” (func10)

“[...] seria importante e equipe de profissionais de saúde fazer divulgação por meio de palestras. Os alunos adolescentes usam os meios de comunicação como *internet* e *whatsapp* para publicar brigas, poderia utilizar este meio de comunicação para promover as saúde [...]” (prof18)

“[...] a equipe de saúde podia chamar a polícia militar e fazer seminários e oficinas sobre as causas das violências, e suas manifestações. Produzir material visual para deixar na escola sobre a violência, gravidez na adolescência trabalhando com adolescentes a gravidez precoce e suas consequências principalmente na vida das meninas [...]”. (prof26)

5.3.2 Eixo 2 - As estratégias para o desenvolvimento das ações de prevenção de agravos na realidade dos escolares adolescentes em vulnerabilidade.

Neste eixo são apresentadas as situações reconhecidas como vulnerabilidades no contexto escolar e na família, ou seja, na realidade do escolar adolescente, assim como são apontadas as ações para o enfrentamento dessas situações de vulnerabilidade. Para tanto, este se constitui de três categorias denominadas de: adolescente em vulnerabilidade no contexto escolar e na família; a equipe multiprofissional nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade; as intervenções da equipe multiprofissional no setor saúde para prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade.

5.3.2.1 O adolescente em vulnerabilidade no contexto escolar e na família

Nesta categoria há uma convergência nas falas dos adolescentes sobre vulnerabilidade no contexto escolar e na família. As vulnerabilidades aparecem em falas como sendo advindas de situações em que os adolescentes ficam sozinhos em casa sem a supervisão de adultos e, portanto, precisam cuidar de sua própria higiene e preparar seu próprio alimento. O reflexo dessas situações para os participantes são os alunos que se apresentam com pouca higiene e alimentação irregular ou insuficiente na escola. Outra vulnerabilidade referida pelos participantes está relacionada aos alunos que estão com atividade sexual frequente, e ainda, sinais de doença mental em escolares.

A situação da violência, verbal e física, no ambiente escolar se evidencia nas falas dos escolares adolescentes e foi confirmada também nas falas dos

funcionários e professores. O ambiente escolar foi descrito com situações de violência física nas quais se descreveu brigas entre os alunos e, situações de violência verbal, pelo uso de palavrões e provocações. Para os entrevistados essas brigas são motivadas por diversos processos tais como: sentimentos e atitudes relacionadas à posse do(a) namorado(a), intolerância pela opção sexual dos outros, desrespeito no tratamento interpessoal, agressividade no tratamento com outros – colegas, professores e funcionários, comportamento agressivo advindo do uso de drogas, ameaças verbais aos desafetos, atos de vandalismo ao patrimônio público, domínio de grupos organizados e reprodução de comportamentos segundo as relações violentas entre os familiares, no caso, a violência doméstica.

Além disso, nas falas dos professores são referidos que entre os escolares são utilizados apelidos pejorativos para nominar colegas, professores e funcionários. Para os docentes essa maneira de referência às pessoas trata-se de *bullying*¹⁹.

Ainda sobre a vulnerabilidade do adolescente na escola e na família foi possível identificar nas falas a descrição de situações relacionadas ao uso e comércio de drogas. Assim, foram relatados eventos que apontam alunos portando armas no ambiente escolar, usando drogas na escola, repassando drogas em papéis enrolados para colegas, drogas encontradas em mochilas, e ainda, referiram situações em que alunos têm prática sexual nos banheiros da escola. Para os professores a situação se gravou a partir do momento que houve a proibição de revistas nos pertences dos alunos pela diretoria da escola. Contraditoriamente, os participantes ao referirem o uso de cigarro no ambiente externo da escola, no pátio aberto, não reconheceram este ato como o uso de droga.

Por outro lado ao se referirem sobre o tráfico de drogas, os adolescentes apresentaram divergência, referiram pessoas que oferecem as drogas e mediante a recusa, os vendedores ficam bravos e violentos, ao mesmo tempo, outros entrevistados adolescentes referiram nunca terem visto comércio de drogas no ambiente escolar e na comunidade. Para funcionários e professores o comércio de drogas nos arredores da escola é algo presente no dia-a-dia. Durante as entrevistas

¹⁹ Bullying é o abuso sistemático de poder entre pares em um processo intencional e repetido de agressão. A palavra *bullying* é de origem inglesa, sem tradução para o português que designa: conjunto de ações e comportamentos agressivos exercidos individualmente ou em grupo, envolvendo: bater, xingar, humilhar, extorquir dinheiro, difamar, espalhar mensagens eletrônicas, excluir, discriminar e também com atos homofóbicos (OLWEUS; 1993; SMITH; SHARP 1994)

falaram sobre o valor cobrado pelas drogas e método de abordagem dos traficantes locais, sendo que para eles é sabido sobre o fornecimento da primeira dose gratuitamente aos alunos. Os professores e funcionários explicaram sobre o uso restrito do pátio no horário do recreio, o que é feito para evitar contato dos alunos com o muro externo da escola, local onde os traficantes do bairro oferecem as drogas aos alunos. Referiram também à vulnerabilidade familiar no contexto das drogas, explicitando que pais e responsáveis, muitas vezes, estão envolvidos com o tráfico local ou são usuários de drogas ilícitas.

Ainda em relação à vulnerabilidade, a gravidez na adolescência foi citada pelos participantes como um processo de desgaste somente para as meninas. Este fato se deve à responsabilidade que as meninas terão ao ter de cuidar do próprio filho, e ainda, que o abandono da escola será uma consequência no sentido de dar conta das novas demandas de suas vidas. Para os meninos ficou destacado que esses não farão mudanças em sua vida, pois conseguirão frequentar a escola e até namorar outras adolescentes, como se nada mudasse com a chegada do filho. Nas falas ficou evidente que os meninos não assumem o compromisso da criação dos seus filhos. Tal responsabilidade fica exclusivamente para as meninas.

Antes de finalizar esta categoria, cabe destacar que não foi apontado nas falas dos participantes questionamentos ou percepções para resolutividade das situações de vulnerabilidades descritas, as quais os alunos estão expostos cotidianamente, no que se refere nas falas sobre a rotina instalada naquele ambiente escolar.

“[...] no banheiro da escola e tinha um menino de 15 anos que levantou a camisa e mostrou uma arma [...] tem chute e socos na escola, até as meninas brigam, por causa dos meninos, uma mexe com o namorado da outra [...] todas as meninas falavam palavrões na escola [...] quando os alunos adolescentes recusam as drogas, como maconha e crack as pessoas que vendem ficam bravos e tentam bater em nós[...]” (adolesc06)

“[...] na escola tem muitas drogas, tem ao redor da escola, também tem pessoas com envolvimento com drogas [...] até já chamaram a polícia na escola e não resolveu [...] professores são muito rudes [...] tem gente que anda carregando uma arma dentro da escola, mas nunca vi fazer nada para retirar a arma dos alunos [...]” (adolesc23)

“[...] os pais vão trabalhar e deixa os filhos sozinhos [...] adolescentes fumando maconha no banheiro e atrás do refeitório [...] os meninos passam drogas pelo muro da escola [...] compram na escola drogas por 10 ou 5 reais a primeira vez os traficantes oferecem de graça. [...] às vezes eu levo comida para as crianças nas salas de aula, tenho pena deles olhando para a comida e com fome [...]”. (func01)

“[...] aqui na escola as meninas de 12 e 13 anos tem relação sexual nos banheiros, muitos dos nossos alunos têm pessoas na família que são usuárias de drogas. Como os pais podem ajudá-los a entender o contexto da família, se todos usam drogas. Sobre as drogas o diretor já falou para os pais que não pode revistar os alunos [...]” (func11)

“[...] tem bullying na escola, mas temos um pouco de receio de entrar em conflito com estes alunos, pois muitos têm histórico aqui no bairro, já conheço a família, e o que é pior conheço o ramo de atividade deles [...] quatro alunas grávidas só no último ano [...] reuniões de pais, muitos tem em média 30 anos [...]” (prof04)

“[...] tivemos que restringir o espaço do pátio para o intervalo no horário da noite retirando alunos das proximidades das cercas de palitos de cimento da escola com divisa para rua por causa das drogas [...] traficantes sabem dos horários de intervalos e vem oferecer drogas pela cerca da escola [...]” (prof12)

“[...] os pais de nossos alunos na maioria das vezes são evangélicos [...] não conversam com os filhos [...] os pais têm poucas informações ou tem receio de conversar com os filhos sobre assuntos referentes à sexualidade [...]” (prof23)

5.3.2.2A equipe multiprofissional nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade

Nessa categoria, há um reconhecimento nas falas dos participantes da ausência da equipe de saúde na escola, e também convergência na opinião dos entrevistados sobre a equipe multiprofissional nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade. Na opinião dos participantes aparece uma intersetorialidade somente da saúde para a escola. Não são apontadas equipes de outros setores, apesar de se falar da presença do Centro de Referência Assistência Social (CRAS), Centro de Referência Especializada em Assistência Social (CREAS), conselho tutelar e rede de proteção no território.

Nesta perspectiva, nas falas dos adolescentes e professores foi possível reconhecer a solicitação de equipe de profissionais da saúde de forma rotineira na escola. Com esses profissionais na escola os participantes referiram sobre a possibilidade de se encaminhar alunos doentes para a unidade de saúde, deter um profissional técnico participar das aulas de ciências e de educação física, fazer intervenção nos problemas de drogas, trabalhar informações sobre prevenção e uso de drogas, intervir nas situações de gravidez na adolescência, fazer os

encaminhamentos de alunas para o pré-natal, ensinar a higiene oral para prevenção de cárie e, falar sobre as doenças sexualmente transmissíveis.

Ainda sobre este aspecto, alguns funcionários divergiram dos demais participantes ao se posicionarem sobre atendimento na escola pela equipe multiprofissional da saúde. Pois para esses há também a necessidade de se desenvolver ações voltadas para a saúde do trabalhador. Para isso citaram a importância de ações com ginástica laboral e consulta individual para esclarecer dúvidas sobre sua própria saúde. Quanto às ações para os adolescentes, referiram as campanhas de vacinação na escola, atendimento psicológico e orientações sobre saúde. Em suas falas os funcionários referenciaram a falta de vínculo e união entre a saúde e a educação.

Divergindo com nas falas dos demais participantes, os professores, apontaram a necessidade ações intersetoriais formando parcerias que envolvessem a unidade de saúde, a família e a escola. A ação seria um projeto para a equipe de saúde desenvolver na escola a cada ano com tema de saúde no currículo transversal. Nessa parceria a equipe de saúde entraria no ambiente escolar para discussão de casos dos alunos de inclusão, conforme se pode observar nas falas a seguir.

“[...] as enfermeiras e os dentistas podem vir à escola [...] só que não os vejo aqui em minha escola [...] conversar com os alunos é bom para nós saber como previne as doenças [...] os profissionais da saúde podiam participar das atividades na escola junto com as aulas da professora de ciências que já falou do corpo sobre as doenças [...]” (adolesc09)

“[...] se as equipes de profissionais de saúde tiverem tempo para vir aqui na escola seria bom falar sobre o corpo dos adolescentes, fase de crescimento e desenvolvimento, precisa saber sobre meu corpo, não quero ficar doente e pegar AIDS [...]” (adolesc16)

“[...] deveria ter equipe de profissionais de saúde nas escolas, todo mundo ia gostar [...] muitas coisas que não conseguimos conversar nas consultas, poderia falar com os profissionais aqui dentro da escola sem perder dia de trabalho [...]” (func03)

“[...] a rede de proteção é uma excelente parceria, os encaminhamento desta intersetorialidade tem melhorado a vida de alguns adolescentes da escola [...] com a intersetorialidade as equipes de saúde, Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) e conselho tutelar podem colaborar para diminuir a gravidez na adolescência, poderia encaminhar as meninas para o pré-natal e depois ao planejamento familiar. [...] de forma intersetorial [...]” (func15)

“[...] a equipe de profissionais da saúde deve ser muito mais ativa, participativa, hoje os profissionais da saúde não visitam regularmente a

escola, estes profissionais precisavam acompanhar os adolescentes na parte psicológica e nas consequências do uso das drogas [...]” (prof01)

“[...] equipe de profissionais de saúde poderia estar na escola em ações intersetoriais [...] tem um programa o Programa Saúde na Escola (PSE), no colégio não foi feita adesão para participar por isso não tem intersetorialidade [...] este programa facilita a intersetorialidade entre os setores de saúde e educação e demais equipamentos do bairro [...] os profissionais de saúde poderiam vir na escola em atividades desenvolvidas principalmente com a disciplina de ciências [...]. estabelecendo vínculo com a equipe de profissionais de saúde [...]” (prof20)

5.3.2.3 As intervenções da equipe multiprofissional no setor saúde para prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade

Nesta categoria são abordadas as intervenções realizadas na unidade de saúde pela equipe multiprofissional no setor saúde para a prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade.

Nas falas os participantes apresentaram convergência nas questões referentes à função da equipe multiprofissional de saúde quanto à necessidade de realizar orientações de prevenções de doenças para os adolescentes na unidade de saúde. Outra reflexão do grupo de professores e funcionários, foi sobre a importância de se trabalhar indiretamente a saúde do adolescente ao atender seus pais ou responsáveis no serviço local de saúde. Neste sentido, destacaram a importância da equipe de saúde falar com os pais e responsáveis sobre a gravidez diagnosticada e os cuidados no pré-natal para as escolares adolescentes. Alguns professores referiram também à falta de programas de promoção da saúde para os adolescentes nas unidades de saúde, assim como, apontaram a relevância de prática higienista na unidade de saúde voltadas para os escolares adolescentes.

Nas falas os participantes, professores e funcionários, apontaram que é necessário ter uma pessoa de referência para atender aos adolescentes no serviço local de saúde, no qual deve se organizar no sentido de ter fluxos previamente estabelecidos para facilitar o acesso às ações de saúde. Outro destaque foi para que os atendimentos fossem resolutivos quando esses adolescentes são encaminhados pela escola.

Na fala dos adolescentes se encontra a divergência desta compreensão, ou seja, não é necessário um profissional de referência e definição de fluxo de atendimento específico para eles, pois entendem que há sim a real necessidade de

aumento de número de funcionários e ampliação das ações do serviço local de saúde, que com isso conseguiriam ser atendidos e teriam acesso às ações de saúde.

Ao falarem sobre as ações de saúde que deveriam ser desenvolvidas no serviço local os participantes apontaram a necessidade de implantação de atendimentos na área da psicologia e psiquiatria. Os entrevistados foram enfáticos ao referirem que não conseguem os atendimentos nessas especialidades, nos casos de adolescentes escolares e seus familiares, logo ficam nas filas dos encaminhamentos para os atendimentos das especialidades, sem previsão de agendamento de consultas. Os participantes docentes acrescentaram à essa questão a própria demanda devido ao seu exaustivo trabalho diário no setor de educação, conforme podem ser evidenciados nas falas descritos a seguir.

“[...] os profissionais nas unidades de saúde não conversam com agente (adolescentes) lá na unidade de saúde [...]” (adolesc22)

“[...] não tem funcionários na unidade de saúde [...] tem que ter mais para atendimento das famílias dos adolescentes [...] não tem funcionários para fazer este atendimento para os adolescentes [...] sei que tem poucos funcionários da saúde até para atender [...]” (adolesc32)

“[...] ter uma equipe na unidade para realizar avaliação de saúde dos alunos, com peso, altura e exames de acuidade visual, avaliação para anemia e depois dar um retorno para a escola [...] fazer exame bucal [...] de prevenção de cárie e palestras sobre a importância de higiene bucal [...] dar informações de prevenção sobre a saúde do adolescente [...]” (func12)

“[...] uma parceria seria legal, poderia ter na unidade de saúde atendimento para os pais dos adolescentes, ajudar nos diagnósticos de gravidez em adolescentes e encaminhar ao pré-natal e depois planejamento familiar, atendimento psiquiátrico e psicológico [...]” (func14)

“[...] a família dos alunos procurar a unidade de saúde para conseguir atendimento psicológico para os filhos, acho que não tem nem na unidade de saúde, deveria ter inclusive para os professores atendimento psicológico [...]” (prof05)

“[...] saúde é a intersetorialidade estabelecer vínculos facilitar o acesso dos alunos adolescentes na unidade de saúde estabelecer fluxo encaminhamentos dos alunos da escola para a saúde que está limitada [...]” (prof08)

“[...] se tivesse uma prática da higiene para os adolescentes na unidade de saúde realizada pela equipe de profissionais da saúde poderia encaminhar certas situações da escola [...]” (prof09)

5.3.4 Eixo 3- As ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto a escolares adolescentes

Este eixo traz a intencionalidade da pesquisa em identificar nas falas dos participantes escolares adolescentes, funcionários e professores, as temáticas para a realização de ações de educação de saúde para os escolares adolescentes por meio de oficinas. Assim, as perguntas levaram os participantes a falarem sobre os temas de educação em saúde para os escolares adolescentes, apontando para as necessidades de conhecimentos de diversos assuntos.

5.3.4.1 Os temas geradores de ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto aos escolares adolescentes.

Nesta categoria há uma convergência de opiniões dos participantes sobre os temas que devem ser trabalhados nas ações de educação em saúde para os escolares adolescentes que são: DST/AIDS, alimentação saudável e correta, uso de drogas ilícitas e lícitas (tabaco, narguile e álcool), as consequências das drogas no organismo, comércio compra e venda de drogas nos arredores da escola. Na temática sobre violências os participantes sugeriram violência física e verbal no contexto familiar, das relações de namoro e na escola.

Ainda sobre este aspecto, o tema sexualidade e sexo aparecem nas falas com necessidade de ser discutido nas oficinas, porém os participantes não informam detalhes sobre a temática, aparecendo de forma isolada nas falas. Outro tema de grande relevância mencionada pelos entrevistados foi gravidez na adolescência. Essa como necessidade de discussões na perspectiva de interferir na realidade dos adolescentes evitando a gravidez indesejada e precoce entre as alunas, indicando também uma discussão que estimulasse o uso do preservativo e de forma correta entre os adolescentes.

Outra convergência a ser destacada nas falas se refere às questões que envolvem a higiene oral e corporal. Os participantes, professores e funcionários, referiram à falta de higiene dos adolescentes que frequentam a escola, sendo este um tema que deveria ser discutido nas ações de educação de saúde. Já os adolescentes apontaram que os temas a serem discutidos nas ações de educação em saúde com o seu grupo deveria abordar: o desenvolvimento e transformação do corpo de meninos e meninas na adolescência, a menstruação e a prostituição.

Divergindo dos outros participantes, os professores chamaram a atenção ao solicitar discussão de temas sobre autoestima, direitos e deveres dos adolescentes na sociedade e nas suas famílias, e ainda, chamaram a atenção para a discussão de gênero como um tema relevante a ser discutido no ambiente escolar. Na fala foi apontado que a escola é um ambiente mais favorável para combater as desigualdades de gênero que temos na sociedade. Nesta perspectiva, os adolescentes discorreram sobre seus direitos na escola, na família e direitos de filhos de adolescentes em ações de proteção promovidas pelo Estado. Essa fala pode se visto nas seguintes falas:

“[...] cigarro, álcool, gravidez na adolescência, transformações do corpo das meninas e dos meninos, alimentação correta, dengue, violência, direito dos adolescentes, pois os pais e mães não podem bater [...] com qual idade posso trabalhar, ter carteira de trabalho, ser registrado [...] higiene bucal, ter dente saudáveis, higiene do corpo, prevenção de cáries [...]” (adolesc28)

“[...] drogas, tem muita gente que fuma maconha, gravidez na adolescência, transformação do corpo do adolescente, falar sobre violência e brigas na escola, DST/AIDS, narguile, prostituição, doenças transmitida pelo sexo [...]” (adolesc29)

“[...] importância do uso de preservativo [...] muitos não sabem usar e não perguntam [...] sobre a alimentação saudável, nutrição [...] prevenção da gravidez na adolescência [...]”. (func03)

“[...] drogas, respeito ao próximo ao colega, sexualidade e falta de higiene [...]” (func09)

“[...] gravidez na adolescência [...] violência tanto psicológica [...] bullying [...] cidadania, direitos e deveres da sociedade e da família, valores humano o respeito com as pessoas estes valores devem ser resgatados, gênero e drogas valor de cidadão [...] diferenças e preconceitos [...]” (prof07)

“[...] processo da transformação de adolescentes para homem e mulher [...] doenças, [...] doenças gravíssimas como DST/AIDS, ebola, diabetes que é uma doença tão grave como qualquer outra, a alimentação incorreta que pode prejudicar a saúde dos alunos [...]” (prof11)

“[...] drogas, sexualidade, futuro profissional, violência na escola, violência na comunidade, gravidez na adolescência, uma coisa bem interessante seria iniciar na escola uma discussão sobre gênero hoje o cenário é mais favorável para combater as desigualdades de gênero na escola [...]” (prof17)

5.4 PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA ESCOLARES ADOLESCENTES.

Conforme referido no capítulo de materiais e métodos, em virtude do momento de greve dos profissionais do setor de educação do Estado do Paraná, o qual levou a suspensão das aulas na escola Nirlei Medeiros, e devido ao tempo institucional para a realização da presente pesquisa e da proposta de intervenção, optou-se por realizar as oficinas semanalmente na unidade de saúde local. Para a atividade considerou-se que a disponibilidade dos escolares adolescentes e profissionais envolvidos deveria ser de duas horas.

Diante disto, se fez necessário elaborar um convite com temática “Saúde dos adolescentes e mudanças corporais na adolescência” contendo data, local e horário para os escolares adolescentes participarem da oficina. Os convites foram distribuídos pela própria pesquisadora nas residências de cinquenta escolares adolescentes, os quais estavam devidamente matriculados no colégio e eram residentes no território adstrito da unidade de saúde, conforme levantamento prévio junto à escola.

Conforme demonstrado no quadro 3, do total de 50 escolares adolescentes que receberam convite para a primeira oficina somente sete compareceram. Após esta primeira oficina de educação em saúde, os participantes se comprometeram a convidar seus colegas de turma para as oficinas que estavam programadas. Assim, como se pode observar no quadro 3a seguir o número de participantes foi crescente nas oficinas subsequentes, conforme os registros a última oficina teve um número de participantes que correspondeu a quatro vezes o número de adolescentes da primeira oficina, tal fenômeno nos faz refletir e demonstra sobre a potencialidade de comunicação pela convivência do grupo fora do espaço escolar, ou seja, a potencialidade das relações sociais que este grupo tem no território. Cabe ainda destacar que o fenômeno da comunicação entre os participantes adolescentes facilitou o andamento das atividades, visto que o convite formal para o grupo só foi emitido uma vez.

QUADRO 3 - DISTRIBUIÇÃO DOS ADOLESCENTES ESCOLARES, SEGUNDO SEXO E NÚMERO DE PARTICIPANTES EM OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE. CURITIBA-PR, 2015

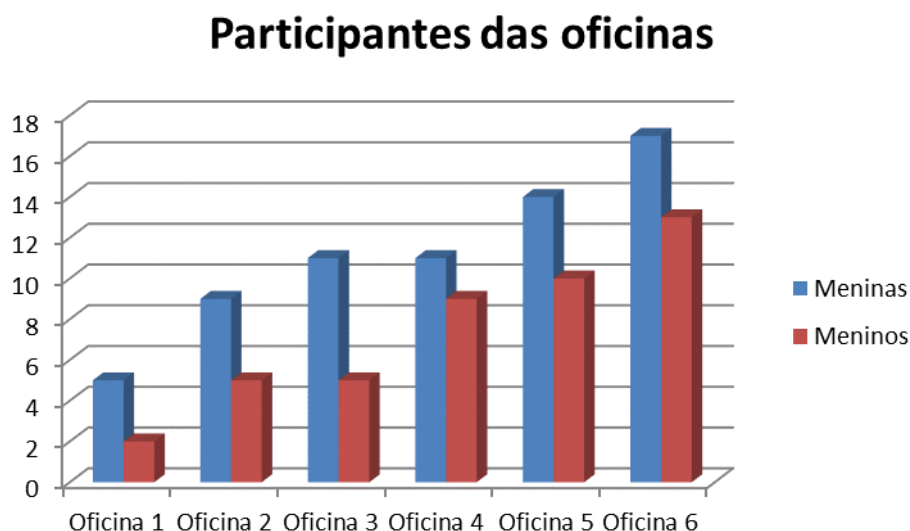
Oficinas	Meninas	Meninos	Total
Oficina 1	3	4	7
Oficina 2	9	5	14
Oficina 3	11	5	16
Oficina 4	11	9	20
Oficina 5	14	10	24
Oficina 6	19	11	30
Total	67	42	111

FONTE: Autora (2015)

Como se observa no (Quadro 3) o número total de adolescentes frequentadores das oficinas de educação à saúde foi 111 (cento e onze), porém se considera que esses se repetiam a cada momento, assim o total de adolescentes atingidos pela ação foi de 30 (trinta). Logo, dos participantes nas seis oficinas, teve-se que 19 (dezenove) eram do sexo feminino e os demais, 11 (onze), do sexo masculino. Com relação à idade tem-se que todos estavam na faixa etária de 11 a 15 anos e eram residentes do bairro Campo de Santana. A escolaridade declarada, conforme o que foi apontado anteriormente, é que todos os participantes eram estudantes do sexto ano do colégio Nirlei Medeiros.

Com relação à frequência nas seis oficinas teve-se, conforme demonstra o (Gráfico 5) a seguir e, comparando com os dados do (Quadro 3), houve aumento significativo de participação das meninas em relação à participação dos meninos. Nos relatos as meninas referiram manter contato com as colegas da turma por meio de *internet*, *whatsapp*, *facebook* e telefone, bem como outros meios de comunicação, o que facilitou o convite das amigas para participarem das oficinas. Em relação aos meninos estes também mencionaram que utilizam os mesmos meios de comunicação virtual, mas para fazerem convites aos colegas que poderiam participar das oficinas se dirigiram aos amigos com residências próximas às suas.

GRAFICO 5 - DISTRIBUIÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE PARA ESCOLARES ADOLESCENTES, SEGUNDO SEXO E NÚMERO DE PARTICIPANTES POR OFICINA. CURITIBA-PR, 2015.



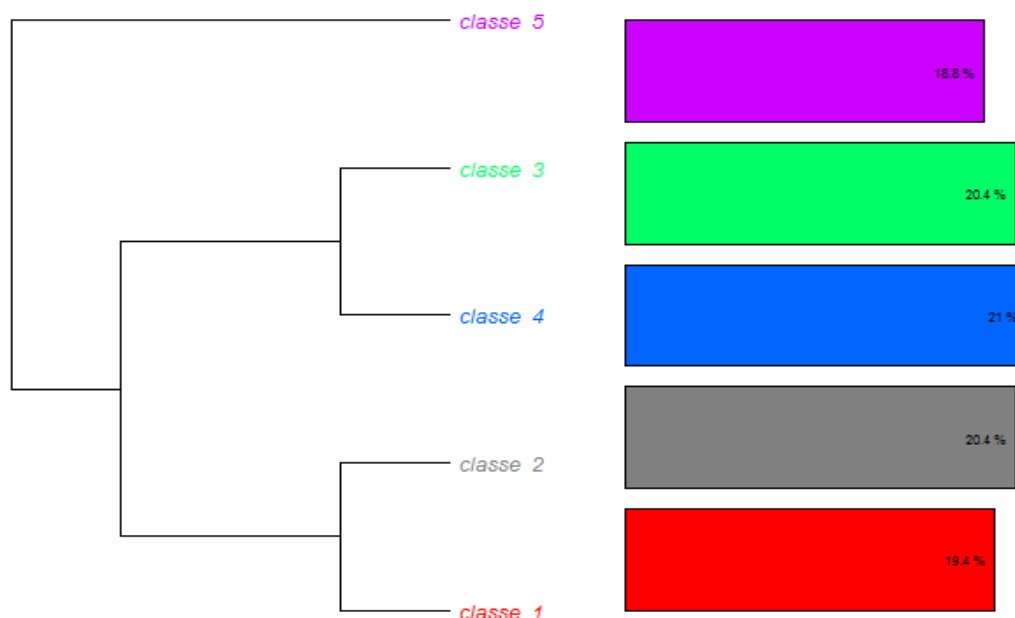
Fonte: Autora (2015)

5.5 CLASSES/OFFICINAS

O tratamento dos dados originou o **corpus das oficinas** com escolares adolescentes. Os dados foram obtidos a partir das transcrições das falas dos escolares adolescentes durante as oficinas. Por meio do *software* foram encontradas 8060 ocorrências de palavras sendo 1703 formas distintas, com a frequência média de cinco (5) palavras para cada forma, sendo este critério utilizado como ponto de corte para a inclusão no dendograma, conforme é demonstrado pela(Figura 8)a seguir.

Foram processados e analisados seis textos, um de cada oficina, pelo *software*, dos quais foram obtidos 224 segmentos de texto. Dentre estes foram aproveitados 186 o que corresponde a 83,04% dos segmentos de textos inseridos no sistema. Após o dimensionamento dos segmentos de texto, classificados em função dos vocabulários, os quais possuem em média três linhas, as classes de segmentos de textos foram definidas. A relação dessas classes é ilustrada em um dendograma/CHD.

FIGURA 8 – DENDOGRAMA ELABORADO NO SOFTWARE IRAMUTEQ REPRESENTATIVO DAS CLASSES A PARTIR DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS PARA ESCOLARES ADOLESCENTES, CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015)

Cabe destacar que para melhor compreensão do *corpus* originados das falas dos adolescentes durante as oficinas temáticas optou-se por elaborar um quadro representando a frequência dos segmentos de textos²⁰ separados pelo *software* IRAMUTEQ, em cada classe conforme estabelecidas pelo *corpus couleur*, as quais são demonstradas a seguir no (Quadro 4).

²⁰ Segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo próprio software em função do tamanho do *corpus*, estes são considerados o ambiente das palavras.

QUADRO4 - DISTRIBUIÇÃO DA FREQUENCIA DE SEGMENTOS DE TEXTO, ORIGINADOS DA FALA DOS ESCOLARES ADOLESCENTES NAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE SEGUNDO *CORPUS COULEUR* TEMÁTICOS. CURITIBA-PR, 2015

OFICINAS	Classe1	Classe 2	Classe 3	Classe 4	Classe 5
1. Saúde do adolescente e mudanças corporais na adolescência.	20	02	12	01	20
2. Adolescência, sexualidade e higiene íntima.	09	09	01	02	09
3. Higiene bucal e cuidados com os dentes.	02	02	01	02	02
4. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS.	05	03	01	11	05
5. Gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.	00	18	05	00	00
6. Adolescência, drogas e violência.	00	05	21	24	00

FONTE: A autora (2015)

Na discussão da oficina 1 com a temática “Saúde do adolescente e mudanças corporais na adolescência” o número de segmentos de texto, aparece em três classes, sendo duas em proporções idênticas, mostrando a relevância do assunto para os participantes.

Ao analisar a frequência de segmentos de textos originados da oficina com a temática “Adolescência, sexualidade e higiene íntima” diante do termo sexualidade teve um destaque em segmentos de textos em proporção iguais em quatro das cinco classes, ressaltando o interesse do grupo em discutir questões relacionadas à sexualidade na adolescência.

Referente à oficina na discussão dos temas “Higiene bucal e cuidados com os dentes”, pode-se observar que houve um menor índice de aproveitamento de segmentos de textos separados pelo *software* IRAMUTEQ, aparecendo segmentos de textos em todas as classes, porém em número menor em relação às outras oficinas.

Da oficina cuja abordagem de assuntos referia-se a Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e AIDS teve-se sedimentação dos segmentos de texto em várias classes com concentração não muito expressiva na classe 4 demonstrando

relação que os adolescentes fizeram entre os assuntos de: sexualidade, gravidez na adolescência e DST/AIDS.

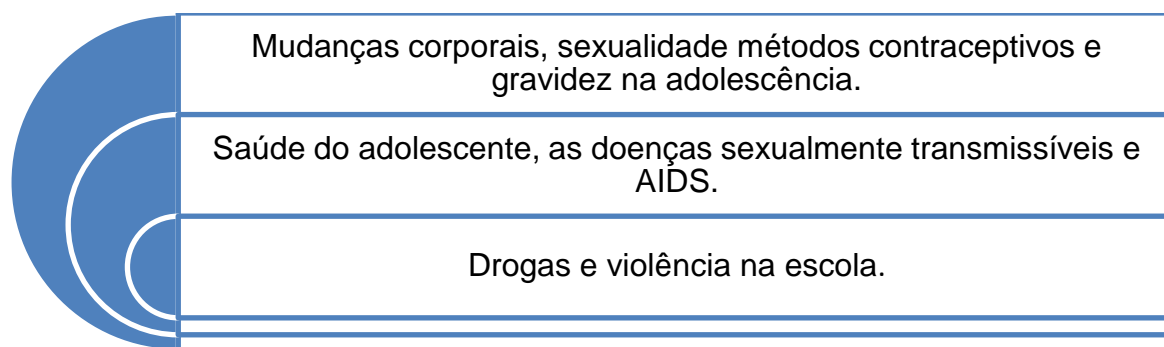
Na discussão do tema: “gravidez na adolescência e métodos contraceptivos” observaram-se segmentos de texto em três das cinco classes, porém a predominância de segmentos dos textos foi destaque na classe 2

O número elevado de segmentos de texto nas classes 3e 4 ,e ainda, em menor quantidade na classe dois referente à temática da oficina “Adolescência, drogas e violência” nas discussões do grupo de escolares adolescentes durante as oficinas.

5.5.1 Categorias originadas das falas dos adolescentes participantes das ações de educação em saúde/oficinas

No aprofundamento da discussão das falas, após o tratamento dos mesmos pelo *software*, entende-se que, das oficinas com os escolares adolescentes emergiram três categorias temáticas – mudanças corporais, sexualidade, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos; saúde do adolescente, as doenças sexualmente transmissíveis e AIDS; drogas violência na adolescência, as quais são demonstradas na (Figura 9) seguir.

FIGURA 9 – CATEGORIAS TEMÁTICAS DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DO ESTUDO, CURITIBA-PR, 2014



FONTE: A autora (2014)

5.5.2 Mudanças corporais, sexualidade, gravidez na adolescência e métodos contraceptivos.

A primeira situação que se evidencia nas falas dos escolares adolescentes durante as ações de educação em saúde, dizem respeito à compreensão do conteúdo proposto pela rede pública de ensino sobre corpo humano, no caso, ministrado que pela professora de ciências.

Nas falas observam-se colocações como: *aulas de ciências são rápidas, pouco tempo para desenvolver o assunto do corpo humano, a dificuldade do professor para trabalhar este tipo de conteúdo*. Divergindo do grupo um adolescente refere vergonha por não se lembrar do conteúdo já estudado em sala de aula.

Nas falas dos adolescentes durante as oficinas, apareceram muitos questionamentos sobre as mudanças corporais na adolescência, entre estes se destacam: *o efeito do hormônio do crescimento no corpo, desenvolvimento dos órgãos genitais e da mama, sexualidade, relação sexual, o prazer na relação sexual, o aparecimento e presença de odores, a produção dos espermatozoides*. Tais conteúdos são, segundo os adolescentes, da disciplina de ciências do ensino médio, mas não tiveram a oportunidade de esclarecer suas dúvidas, as quais quiseram discutir na oficina.

Ao aprofundar a discussão na oficina o grupo quis falar sobre sexualidade e relação sexual, desejos, autoconhecimento das partes íntimas do seu corpo, mudanças nos órgãos genitais, descoberta do parceiro, atração por pessoas do sexo oposto. Para o grupo as transformações no corpo e nos desejos estarão sempre presente nas suas vidas. Para os adolescentes esses temas deveriam ser tratados na escola. Chama a atenção que para o grupo o sexo foi associado ao ato sexual em si.

Nas falas sobre a temática de métodos contraceptivos, emergiram contradições. Os participantes já haviam referido desconhecimento sobre mudanças do corpo e sexualidade, porém, nesse momento da oficina, informaram que sabiam como evitar a gravidez e demonstraram conhecimentos sobre os métodos contraceptivos e de esterilização, tais como: pílula, hormônio injetável, dispositivo intra-uterino, preservativo masculino e feminino, abstinência periódica, tabelinha, pílula de emergência, vasectomia e laqueadura.

Em suas falas os participantes apontam que há uma desconfiança sobre o conhecimento do uso de preservativo pelos seus parceiros. Essa desconfiança é referida tanto pelas meninas, quanto pelos meninos.

Além disso, nas falas os adolescentes mesmo demonstrando o conhecimento sobre os métodos, referiram problemas para uso efetivo desses, uma vez que, não há confiança para dialogar com seus pais ou responsáveis sobre essa temática. Os motivos que foram declarados para essa ausência de diálogo foram questões relacionadas à religião ou, simplesmente, pela ausência de diálogo no ambiente familiar. Somando a isso, indicaram que há a indisponibilidade de preservativos específicos para adolescentes, masculinos e femininos, no serviço local de saúde, o que segundo os participantes é um impeditivo para o uso do método. Para eles isso pode ser constatado pelo número de adolescentes grávidas na escola e na comunidade.

Ainda sobre este aspecto, há uma convergência entre as falas dos participantes no que se refere à gravidez na adolescência com os métodos contraceptivos e mudanças do corpo. Os adolescentes expressam opiniões sobre a gravidez na adolescência que são: *a gravidez não deixa adulta, serve para ferrar a vida da menina, falha do método contraceptivo e o desconhecimento sobre o funcionamento do corpo para evitar a gravidez*. Com relação à ocorrência da gravidez na adolescência os participantes não referiram a esta como um fato que tenha ocorrido por falta de preservativos específicos para adolescentes no serviço local de saúde, o que permite refletir sobre isso como uma divergência na própria fala dos adolescentes presentes na oficina, como pode ser visto a seguir.

“[...] não ensinam direito sobre o corpo humano as aulas de ciências são rápidas não tem como aprender [...] qual idade os meninos produzem espermatozoides? Até que idade o pênis cresce? E as mamas das meninas [...] os hormônios do crescimento, desenvolvimento do corpo, aparecimento e crescimento de pelos nas axilas ao redor do pênis e vagina, deixa a gente com odores? [...]”

“[...] tenho vergonha por não se lembrarem do conteúdo das aulas de ciência [...]”

“[...] a masturbação acontece com as meninas também as meninas referem que a masturbação ocorre somente nos meninos [...] e o orgasmo é sentido de forma diferente por cada um que faz sexo e se sente orgasmo todas as vezes que fazer sexo [...]”

“[...] pílula é responsabilidade da menina, ela deve ter certeza que não vai engravidar nem sempre os meninos sabem usar direito o preservativo azar das meninas que terá filhos para cuidar [...] meninos não se preocupam com a gravidez [...]”

“[...] não tem preservativos para adolescentes, e preservativo feminino na unidade de saúde [...]”

“[...] referem conhecer a pílula, injetável Dispositivo Intrauterino Uterino (DIU) preservativo masculino e feminino, abstinência periódica, tabelinha, cirúrgica e pílula de emergência [...]”

“[...] acho que o menino deve ter preservativo, sempre ouço esta frase, mas que nada, eles nunca têm, aí engravida a menina, sempre responsabilidade de evitar a gravidez é das mulheres, elas sempre levam a pior [...]”

“[...] meninas ficam grávidas nas escolas [...]”

5.5.3 Saúde do adolescente, as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS

Nesta categoria temática da oficina foram abordados os aspectos relacionados à compreensão dos adolescentes sobre as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS. Observa-se que os participantes novamente referiram as aulas de ciências, expondo naquele momento as dificuldades dos professores em trabalhar o conteúdo sobre doenças, o que acreditaram ser devido ao fato desses não dominarem o assunto. Assim, os participantes informaram que tinham conhecimento sobre Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) sua forma de transmissão e como se prevenir, isso devido às informações que já haviam visto na mídia e em algumas abordagens realizadas na escola. Referente às demais DST, o grupo demonstrou que tinha pouco conhecimento e apontou que é um tema pouco desenvolvido nas aulas de ciências e que na mídia era pouco abordado.

Com relação à informação para a saúde os adolescentes afirmaram que a ausência de difusão de conhecimento faz com que eles desenvolvam adoecimentos, nesta perspectiva falaram sobre o uso de drogas lícitas e ilícitas, higiene corporal, dengue, gravidez indesejada, alimentação não saudável e falta de exercícios físicos.

Ainda na perspectiva de desenvolverem doenças, durante a oficina, ficaram evidentes as expressões de sentimentos de insegurança e medo pela possível contaminação do HIV, seja esta no namoro ou em relações sexuais eventuais, e ainda, a consequência desta contaminação pela a possibilidade de terem filhos portadores do HIV. Para os adolescentes filhos com AIDS são um problema, o tratamento para esta doença não foi citado no grupo, o que converge com a insatisfação do grupo pela falta de conhecimento em várias temáticas que seriam abordadas pela disciplina de ciências no curso de ensino médio.

Com relação ao acesso à assistência à saúde, houve convergência no que se refere à procura de atendimento no serviço local de saúde. O grupo expressou que gostariam de ter autonomia para frequentar e receber atendimentos

desenvolvidos pela equipe de saúde local desacompanhado dos seus pais ou responsáveis. Porém, consideraram que os serviços lhes impõem a exigência da presença dos seus pais ou responsáveis no momento do atendimento e que, ao contrário do que acontece, a legislação permite a busca do atendimento, mas converge com as regras do setor que exige a presença dos pais ou responsáveis no momento de receber o procedimento, fármaco prescrito ou mesmo o resultado de um exame de apoio diagnóstico.

“[...] a professora de ciências falou sobre doença AIDS por isso conhecemos mais esta, já as outras DST falou pouco, ela também não sabia [...]”

“[...] saúde do adolescente é saber mais sobre HIV/DST, drogas, cigarro, álcool, dengue, gravidez e higiene do corpo, higiene bucal é também ter alimentação saudável praticar exercícios físicos, sem informação a gente fica doente [...]”

“[...] não frequento a unidade de saúde para cuidar de minha saúde, pois eu quero ir sozinho e lá os profissionais sempre perguntam por que estamos sem os pais, equipe da saúde não quer atender adolescentes sem a presença dos pais tem coisas que adolescentes não querem contar para os pais [...]”

“[...] a AIDS é uma doença que está sempre na mídia, é mais conhecida, tenho medo desta doença, as outras DST não conheço [...]”

“ [...] Eu não converso sobre DST/AIDS com minha família, falo com as amigas, [...] eu fala com ninguém sobre as DST/AIDS [...]”

“[...] tenho medo à doença HIV, principalmente na transmissão durante as relações sexuais, eu conheço alguém que se contaminou assim com HIV, e ainda pode ter um filho com AIDS [...]”

5.5.3.1 Drogas e violência na adolescência

Nessa categoria há uma convergência nas opiniões dos adolescentes participantes das oficinas em relação à temática violência, nas falas o grupo se refere a diversos tipos de violências naquela realidade: verbal, física, psicológica, na comunidade, na família, com amigos, com professores, com alunos e no namoro. Os participantes demonstraram muito conhecimento sobre a temática.

Nesta temática os participantes voltaram a abordar a relação entre a violência, o uso de drogas e família nesse processo. Assim, o grupo demonstrou preocupação pelas consequências de uso de drogas para o próprio corpo, para a vida e sociedade citando a violência doméstica familiar e roubos na comunidade

para sustentar o vício. Ao mesmo tempo discorrem sobre informações que possuíam com relação aos vários tipos de drogas, tais como: cocaína, maconha, LSD, êxtase, pedra de crack, cola, café e cigarro. Também demonstraram conhecimento sobre o comércio com detalhes referente aos valores, dias, horários, turnos e locais de consumo e venda.

Além disso, a fala dos adolescentes denuncia que a violência e as drogas já fazem parte do cotidiano dos mesmos, sendo um processo compreendido como natural naquele território. Na observação e coordenação do grupo se percebeu que estas situações de vulnerabilidade discutidas nas oficinas têm afetado diretamente a vida dos adolescentes na comunidade relação que foi estabelecida ao longo dos últimos anos e que foi expressa nas falas, conforme descritos a seguir.

“[...] usuários de drogas matam, roubam e batem nas pessoas para conseguir dinheiro e comprar drogas porque eles não têm dinheiro nem conseguem emprego perdem documentos e vivem sujos sem higiene. Que nojo! Tem cheiro de coisa ruim! Vivem na rua, nem voltam para casa da família deles [...]”

“[...] eu já conheço muitos tipos de drogas - cocaína, maconha, LSD, êxtase, pedra de crack, cola, café, cigarro [...]”

“[...] os roubos das casas no bairro são por usuários de drogas para conseguir dinheiro por aqui no bairro as pessoas usam drogas de todos os tipos tem até pé de maconha plantado aqui [...]”

“[...] o horário do recreio da escola tem um grupinho de adolescentes fumando uma floresta negra é como chamam as drogas por aqui [...] perto dos portões da escola tem gente que também passa drogas pelos muros de palitos de cimento [...]”

“[...] cada pedra de crack custa 12 reais, já ofereceram na escola, no turno da noite [...] é bom usar drogas deixa legal fica bom, bem feliz quando o adolescente está sozinho depressivo usa drogas para ficar bem feliz [...]”

“[...] na escola ninguém fala para não usar droga, e também há falta de diálogo em casa [...]”

5.6 RESULTADOS DAS AVALIAÇÕES DAS OFICINAS

Ao concluir cada oficina, foi realizado processo de avaliação individual pelos escolares adolescentes por meio de um instrumento previamente elaborado (APÊNDICE H). No início da etapa, foi explicado aos adolescentes que o processo de avaliação iria contribuir para o desenvolvimento de outras ações de educação em saúde e, cada participante poderia fazer opção de participar ou não desta etapa. Também foi explicado que na avaliação eles deveriam considerar, conforme a sua

perspectiva inicial, se as atividades realizadas atenderam às suas necessidades, que sugestões tinham a apontar para melhorar o processo, etc..

Conforme representado no (Quadro3) o número total de adolescentes frequentadores das oficinas de educação à saúde foram 111 (cento e onze), porém se considera que esses se repetiam a cada momento temático, assim o total de adolescentes atingidos pela ação foi de 30 (trinta). Logo, como os adolescentes realizaram avaliações em todos os momentos o número de avaliações corresponde aos presentes na oficina e não ao número de adolescentes atingidos pela ação de educação em saúde.

As avaliações foram disponibilizadas aos adolescentes no início das oficinas, próximo à caixa de diálogo, em um local reservado e estes, poderiam realizar o preenchimento do instrumento de avaliação no momento em que desejasse. Os participantes realizaram o processo de avaliação assinalando com um “X” no item, segundo os parâmetros de péssimo, regular, bom e ótimo, conforme (Gráfico 6), no qual se pode observar que do total de 111 participantes, nenhum adolescente considerou as oficinas péssima e regular, ao contrário, para 28 participantes as oficinas foram boas, e os demais 83 adolescentes as consideraram ótimas.

A “caixa de diálogo” foi mantida na sala durante o período de realização das seis oficinas, com o propósito de estabelecer comunicação contínua com o grupo. Entretanto, a maioria dos adolescentes decidiu não utilizar este meio de comunicação e preferiu dialogar diretamente entre eles, assim como, com a coordenadora do grupo. Ao abrir as caixas foram encontradas somente seis comunicações, que foram deixadas pelos adolescentes durante a realização das oficinas 01, 02 e 03, referindo questões sobre opinião/avaliação da oficina, mas o que chamou a atenção foram as dúvidas dos adolescentes sobre a rotina de funcionamento do serviço saúde local de saúde. As perguntas foram sobre demanda de atendimento individual e disponibilização de preservativos para adolescentes, solicitação de esclarecimento sobre a prevenção da gravidez e preocupação com as consequências pelo uso de drogas ilícitas. Temas que foram convergentes com as falas das entrevistas e dos diálogos nas oficinas, conforme pode ser observado a seguir.

“[...] gostei muito da oficina, queira ter conversado antes com você [nome da profissional coordenadora da oficina] [...]” (oficina 01);

“[...] queira saber como faz para ter atendimento no dentista no postinho [...]” (oficina 01);

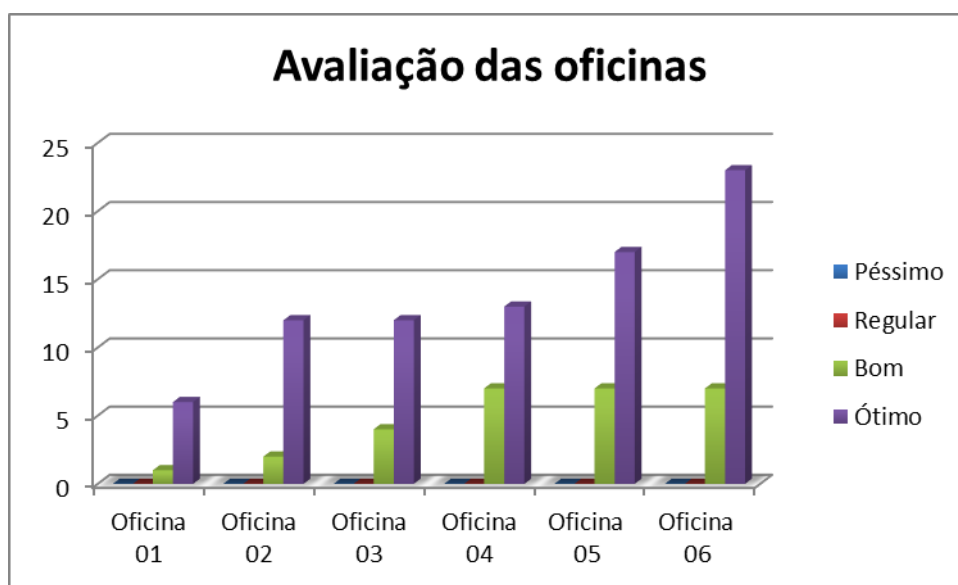
“[...] quero apreender direitinho a se prevenir da gravidez, não quero ficar grávida [...]” (oficina 02);

“[...] podia falar sobre as doenças que causa com o uso de drogas [...]” (oficina02);

“[...] tenho vontade de saber como é o tratamento de DST [...]” (oficina 03);

“[...] tem preservativos na unidade de saúde? Podemos ir buscar? Como faço para agendar consultas lá? [...]” (oficina 03).

GRAFICO 6 – AVALIAÇÃO DOS PARTICIPANTES DAS OFICINAS DE EDUCAÇÃO À SAÚDE PARA ESCOLARES ADOLESCENTES. CURITIBA-PR, 2015.



Fonte: Autora (2015)

6ANÁLISE DOS CONTEÚDOS DAS FALAS DOS PARTICIPANTES DAS ENTREVISTAS

Conforme o pressuposto metodológico do presente estudo, Pesquisa Convergente Assistência (PCA) (TRENTINI; PAIM, 2014), apresentado no capítulo de materiais e método, a realidade dos escolares adolescentes e a ação de educação em saúde desenvolvida. Neste capítulo será elaborada a análise dos achados junto aos referenciais teóricos estabelecidos e categorias de análise.

Com a finalidade de facilitar a estruturação do presente capítulo, a discussão está organizada em dois momentos, sendo que no primeiro se apresenta a discussão referente às três categorias provenientes das falas advindos das entrevistas e organizado conforme se observa na (FIGURA 6) e, no segundo momento serão discutidas as categorias decorrentes das falas dos participantes da ação de educação em saúde por meio de seis oficinas, representada na (FIGURA 8), as figuras citadas se encontram no capítulo de resultados.

6.1 EIXO 1 -PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS ESCOLARES ADOLESCENTES

6.1.1 Compreensão sobre promoção da saúde na realidade do escolar adolescente

Os participantes do estudo compreendem a Promoção da Saúde como: cumprimento dos direitos, melhoria na saúde, intersetorialidade, capacitação de comunidade escolar e dos trabalhadores de saúde, hábitos saudáveis, Divulgação de práticas de saúde, educação em saúde, informação sobre saúde, prevenção procura do serviço de saúde que pode ser observado na (Figura 10) a seguir.

FIGURA 10 – COMPREENSÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE SEGUNDO AS FALAS DOS PARTICIPANTES, CURITIBA-PR, 2015.



FONTE: A autora (2015)

A análise temática categorial das falas da categoria '*Compreensão sobre promoção da saúde na realidade do escolar adolescente*' foi possível perceber a diversidade, a riqueza dos temas e as intervenções abordadas pelos participantes, refletindo a pluralidade de demandas da escola e comunidade e a capacidade de inovação.

Os participantes enfatizaram em suas falas a relevância da saúde como um direito da população a ser cumprido e defendido. Tal condição enfatiza os princípios de universalidade, participação popular como atributos necessários para a construção dos sistemas locais de saúde e para o fortalecimento dos modelos assistenciais, que privilegiem a promoção e a vigilância da saúde (PAIM; SILVA, 2010).

Em outras falas, os participantes trouxeram a importância das ações intersetoriais que ultrapassem o setor saúde. A intersetorialidade é um relevante atributo para a reorientação dos modelos assistenciais à saúde, considerando que a saúde possui processos determinantes que extrapolam as condições biológicas e individuais. Ou seja, a manutenção das condições saudáveis de vida dos indivíduos demanda uma articulação complexa de vários setores da sociedade (TEIXEIRA; PAIM; VILASBÔAS, 2000).

As falas são coerentes com um estudo que apresenta a proposta de “Saúde em Todas as Políticas”, e afirma que a incorporação da saúde e da igualdade em saúde, entre os tomadores de decisão de todos os setores da sociedade, requer a colaboração mútua, assim como mudanças estruturais e nos processos organizacionais do governo, para que haja avanço na implementação das políticas necessárias à qualidade de vida da população. Os autores sustentam que a intersectorialidade contribui para a redução dos determinantes considerados negativos para a saúde e apontam a necessidade de se implementar políticas que venham a potencializar as melhorias nas condições do meio-ambiente, redução da violência, comunidades mais saudáveis, políticas de agricultura familiar e desenvolvimento sustentável (RUDOLPH et al., 2013).

Com relação ao desenvolvimento de *hábitos saudáveis*, os participantes consideraram necessário investir para mudar a realidade com a capacitação da comunidade e dos trabalhadores da saúde. Diante disso, os resultados são convergentes com um estudo que propôs estratégias de promoção da saúde para grandes cidades norte-americanas como Seattle/King County, Los Angeles, San Francisco, Boston, Washington, DC, etc., no qual se discutiu ações e investimentos para o comprometimento político e comunitário amplo na luta por melhores condições de vida das populações (WERNHAM; TEUTSCH, 2015).

Wernham e Teutsch, (2015) enfatizam o papel da relação entre os determinantes sociais e as condições de saúde das populações de grandes centros urbanos. O gradiente social, seja medido por classe social, renda ou educação, está relacionado, entre outras expressões, à expectativa de vida e qualidade de vida das pessoas que ali vivem. Os autores ainda destacam o papel da rede social, condições de habitação e escolaridade como determinantes de vários agravos e doenças, particularmente aos que são desenvolvidos na primeira infância, assim como, são determinantes da saúde ao longo da vida dos indivíduos.

O estudo de Ferreira, Jardim e Peixoto (2013) corrobora as falas dos participantes sobre o desenvolvimento de hábitos saudáveis. A pesquisa foi realizada com 911 escolares adolescentes de Goiânia/GO, sendo 492 do sexo masculino com a finalidade de identificar a frequência de atividades físicas e as escolhas alimentares dos adolescentes na faixa etária de 13 a 18 anos, que se encontravam matriculados no ensino fundamental em 14 escolas públicas. Os resultados evidenciaram que os escolares pesquisados, estavam em uma elevada

exposição aos riscos para a saúde, no que se referia à inatividade física e alimentação não saudável. No andamento do estudo foram recomendadas intervenções para que os problemas nutricionais não avançassem. Conforme Haug, Torsheim e Samdal (2009) a escola é um espaço adequado para as ações de educação que abordem temas de hábitos individuais que são de promoção da saúde.

Em 2006 a OMS realizou revisão de literatura sobre a temática de promoção da saúde nas escolas, destacando que os programas sobre alimentação saudável e atividades físicas são eficazes na mudança da saúde de adolescentes. Assim, as alterações no ambiente escolar e envolvimento da comunidade foram considerados pontos positivos na avaliação destes programas. No ano seguinte instituiu-se no Brasil o PSE por meio do Decreto Presidencial nº 6.286 de 2007. No artigo 4º do PSE é referido sobre as ações de saúde, entre elas destacam-se a atividade física e educação em saúde no ambiente escolar. Neste sentido, o Ministério da Saúde e da educação recomendam avaliar as ações de promoção da saúde no PSE para que essas possam ser promotoras de transformação do cotidiano dos adolescentes, e ainda, que sejam motivadoras para a adesão dos gestores do setor de educação ao PSE, assim como, estimuladora das equipes de saúde para o desenvolvimento de ações de educação em saúde no ambiente escolar (BRASIL, 2007a; 2009).

Os participantes citaram como relevantes a divulgação de práticas de saúde na comunidade escolar, a realização de ações de Educação em saúde, o fortalecimento da informação sobre saúde, sobre a prevenção de agravos e a importância de se estimular a procura do serviço de saúde pelos adolescentes. Essas falas convergem com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006c, p. 11) que persiste em relativa desproporção discursiva entre a garantia do acesso e outras atividades.

As falas dos participantes são convergentes com a Portaria nº 2.488/2011, denominada nova Política Nacional de Atenção Básica, que apresenta fala favorável ao acesso dos usuários no sistema público de saúde. Dos fundamentos e diretrizes elencados nesta política, em primeiro lugar aparece a ênfase explícita na promoção a saúde “impactar a situação, os condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território” (BRASIL, 2011d, p. 20).

Nessa política, as ações de Atenção Básica devem ser voltadas para o acesso ao cuidado, longitudinalidade, interdisciplinaridade, participação social e

política dos usuários. Ainda que apresente maior valorização do acesso, não há nenhum parâmetro ou normatização na regulamentação que signifique mecanismo “concreto” de indução, garantia ou estabelecimento de regras sobre o acesso ao cuidado para os usuários e, nesse caso, em especial ao grupo populacional de adolescentes (BRASIL, 2011d, p. 20).

Contudo, na visão de Ferrari, Thomson e Melchior (2008) no domínio da Atenção Básica, nota-se, ainda, a ausência de elementos organizacionais, envolvendo os trabalhadores da saúde na atenção integral aos adolescentes, dificultando a realização de ações de promoção à saúde e de encaminhamentos e a resolubilidade dos problemas desse grupo populacional, o que também foi percebido ao analisar as falas dos participantes do presente estudo em relação à promoção da saúde que está relacionada ao atendimento ofertado no setor saúde.

Nesse sentido, a pesquisa de Morés e Silveira (2013) aponta a compreensão dos escolares adolescentes, funcionários e professores sobre a promoção da saúde e a escola como espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas realizadas com escolares adolescentes que são sujeitos históricos, sociais, críticos e criativos, capazes de construir conhecimentos, relações e ações que fortaleçam a participação das pessoas na busca de vidas mais saudáveis. Neste contexto, a fala dos participantes deste trabalho se apresentou convergente com o estudo referido, pois, para os participantes a escola é um espaço privilegiado e a adolescência um momento propício para que ações de promoção da saúde sejam desenvolvidas no sentido de estimular os indivíduos a buscar sua autonomia a partir de conhecimentos sobre seu corpo, sua comunidade e seu papel na sociedade, seja por meio de requerer seus direitos, como também cumprir seus deveres.

Ao finalizar a discussão dessa categoria, se apreende que a promoção à saúde deve se apresentar como estratégia de atenção integral ao adolescente, no sentido de conscientizá-lo sobre seus direitos de cidadão e o estimulá-lo a cuidar da própria saúde e, conseqüentemente, o prepará-lo para uma vida adulta mais saudável. Neste sentido, a oferta de informações, ações e serviços de diferentes setores se torna indispensável para esse grupo populacional (LOPES; MOREIRA, 2013).

6.1.2 As ações para a Promoção da Saúde na realidade dos escolares adolescentes

Nas falas as compreensões dos participantes sobre as ações para a promoção da saúde relacionadas à sua realidade foram: “Estrutura dos serviços de saúde para ações preventivas e informações em saúde”, “Parcerias intersetoriais” e “Igualdade e integralidade da atenção à saúde”.

Os participantes descrevem que os serviços de saúde necessitam apresentar estrutura suficiente para atender à população, por meio de palestras e ações educativas na comunidade, que fortaleçam as ações de prevenção e informações para a saúde da comunidade.

Pinafo *et al.*, (2011) consideraram que toda ação desenvolvida com usuários tem um potencial educativo, e concluíram que as ações de educação em saúde estão presentes no cotidiano de trabalho da ESF, sendo que esta ação educativa é compreendida como inerente à prática do cuidado da equipe multiprofissional.

As práticas educativas em saúde estão relacionadas às ações desenvolvidas com as famílias, grupos, usuários e trabalhadores da área da saúde. Os dados corroboram com o estudo de Cervera, Parreira e Goulard (2011) que foi realizado na temática de educação em saúde, no qual os entrevistados apresentavam proximidade com as ações de educação em saúde, entendendo-a como uma importante ferramenta para a prevenção de agravos e promoção da saúde. Os autores concluíram a existência de práticas constantes de educação em saúde, todavia de forma restrita, intervencionista, com ênfase na mudança de hábitos e principalmente abordada nos grupos de saúde, que possuem maior conotação de grupos de doença. Para Pinafo *et al.*, (2011) as ações desenvolvidas com usuários possuem potencial educativo, devendo estar presentes no cotidiano de trabalho das equipes de atenção primária, sendo como parte do trabalho da equipe multidisciplinar.

De outra forma, os participantes do presente estudo sustentaram uma concepção de ações de educação em saúde fortemente embasada no modelo de transmissão do conhecimento, curativista e com ações de assistência à saúde no ambiente escolar. E ainda indicaram estratégias para as ações de educação em saúde a partir da implantação do consultório no ambiente escolar, aplicações de vacinas na escola, orientação e implantação de cardápios de lanches, assim como orientar hábitos de higiene. O que permitem refletir e apontar sobre a vinculação

deste pensamento às práticas higienistas, fundamentadas no modelo multicausal e na história natural das doenças, preconizando ações sanitárias clássicas (AYRES, 2002).

Com relação à visão dos participantes sobre a prática de modelo higienista nas atividades realizadas no ambiente escolar pela equipe multiprofissional da saúde, um estudo apresenta convergência com os participantes e discute resultados que afirmam a conveniência da permanência de profissionais de saúde para conhecer a realidade da comunidade escolar e realizar práticas que atendam as suas necessidades de forma integral ao longo do ano letivo (FIGUEIREDO et. al., 2010).

Referente às ações intersetoriais para a promoção à saúde, Couto e Delgado (2010) apontam a necessidade de se avançar na discussão acerca dos fundamentos da intersetorialidade para se alterar o cenário público da assistência e produzir diferenças no modo de operar o cuidado e de realizar ações de promoção da saúde para os adolescentes.

Assim, acredita-se que a escola, dentro das diretrizes do Programa Saúde na Escola e da promoção da saúde, constitui-se um espaço legítimo para a articulação da intersetorialidade, tanto no planejamento e execução de ações de educação para a saúde, como no campo democrático para construção conjunta da cidadania, ética, criticidade e socialização. Entretanto, como observado nas falas dos participantes, ainda não há efetividade dessas parcerias intersetoriais, ao contrário, no cotidiano permanecem muitas barreiras que devem ser derrubadas (COSTA; SILVA; DINIZ, 2008; BRASIL, 2007a).

O processo saúde-doença possui determinantes que extrapolam o estilo de vida dos indivíduos e comunidades (TEIXEIRA; PAIM; VILABOAS, 2000). Todavia, a maioria dos participantes indicou o setor saúde como o responsável da execução das ações de PS, fazendo pouca alusão à intersetorialidade na efetivação das ações. Dois participantes divergiram do grupo ao citarem dois equipamentos públicos presentes no território (polícia militar e assistência social) para as ações intersetoriais de promoção da saúde.

Na perspectiva da igualdade e integralidade da atenção à saúde, os participantes relatam estratégias, nas quais a equipe deve fundamentar o cuidado em saúde, pelos princípios da atenção primária, ou seja, com a garantia do acesso de primeiro contato, direito universal aos serviços de saúde e articulações

intersetoriais (PAIM; SILVA, 2010). Tal reorientação dos serviços de saúde deve ser operacionalizada por equipes de saúde que atendem populações adscritas e que garantam o acesso dos escolares aos serviços ofertados. No entanto, no Brasil os adolescentes ainda têm acesso restrito aos serviços públicos de saúde e os profissionais apresentam dificuldades para acolhê-los no momento em que procuram os serviços (GOMES; HORTA, 2010).

Para o cuidado à saúde do adolescente, os serviços de saúde devem contribuir para que esses recebam as informações necessárias para o controle de sua saúde e desenvolvam a autonomia. Um estudo preconizou que as políticas públicas, de prevenção e de assistência ao adolescente não devem ser guiadas por protocolos e diretrizes verticalizadas, mas devem reconhecer a pluralidade do adolescente quanto à sua vulnerabilidade e necessidades específicas (SILVA et al., 2014). Ayres *et al.*, (2012, p.79) afirmam que o “maior desafio na construção da integralidade está, de fato, na intimidade do processo de trabalho com adolescentes e jovens, como talvez, também, para outras identidades demandantes da integralidade na organização do cuidado em saúde”.

Para se desenvolver habilidades pessoais no contexto do adolescente, os serviços de saúde devem contribuir para que esses recebam as informações necessárias para o controle de sua saúde e desenvolvimento de sua autonomia.

Enfim, as estratégias discutidas apontam para a necessidade das equipes de saúde buscarem a reorientação de suas práticas, para que se supere o modelo higienista e autoritário na atenção básica à saúde, construído na perspectiva do atendimento de metas estabelecidas a partir do interesse da gestão do setor.

6.2 EIXO 2 – AS ESTRATÉGIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DAS AÇÕES DE PREVENÇÃO DE AGRAVOS NA REALIDADE DOS ESCOLARES ADOLESCENTES EM VULNERABILIDADE.

6.2.1 O adolescente em vulnerabilidade no contexto escolar e na família.

Nesta categoria, discutem-se os dados que se relacionam às descrições de situações de vulnerabilidade em que os adolescentes estão expostos. Nesse trabalho, adotou-se o conceito de vulnerabilidade como a chance ou a oportunidade de indivíduos ou comunidades sofrerem prejuízos em sua saúde, o que é

determinado por processos de natureza individual, social e programática (AYRES *et al.*, 2003a). A vulnerabilidade demonstra que os agravos estão relacionados com a disponibilidade de processos protetores ou de desgastes no dia-a-dia dos indivíduos, sejam esses advindos de comportamentos pessoais, do contexto econômico e social que se concretiza nas condições de vida onde ele vive, assim como, pela não concretização de ações previstas em políticas e programas de proteção e enfrentamento às situações de iniquidade social que determinam tais agravos (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Com relação à vulnerabilidade individual, teve-se descrições de situações em que os adolescentes ficam sem a supervisão e cuidado dos seus responsáveis, o que decorre, segundo os participantes, em autocuidado comprometido o que leva à precariedade de higiene pessoal e de atividade sexual precoce. Esta última sendo representada em casos de gravidez na adolescência, a partir dessas situações os entrevistados descreveram as dificuldades vividas pelos adolescentes e seus familiares.

Segundo Ayres *et al.*, (2003a), as relações familiares, a ausência de uma rede social de apoio, as crenças pessoais e comportamentos familiares podem aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes para doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez precoce e a outras condições de adoecimento, principalmente, no caso dos adolescentes, que ainda necessitam de apoio psicológico para a construção de sua autonomia.

Essas debilidades relatadas estão também relacionadas com situações contextuais, no caso, relacionadas a dimensão particular da realidade dos adolescentes, ou seja, que refletem a vulnerabilidade social dos adolescentes. Entre essas condições destacam-se as desigualdade de gênero presentes na vida daquelas pessoas e a inserção dos pais/ responsáveis em trabalhos precários que os leva a trabalhar em lugares distantes, fora da comunidade, no sentido de garantir o sustento de seus filhos.(SILVA; MAFTUM; MAZZA, 2014).

Da mesma forma, ainda na dimensão social, as normas sociais e culturais, agregadas à falta de acesso à escolaridade e a políticas de desenvolvimento social tornam o adolescente vulnerável às situações deletérias descritas nas falas dos participantes (AYRES *et al.*,2003a). Deve-se considerar que a sociedade geral produz, por meio de um modelo capitalista excludente, desigualdades que não garantem às famílias condições de cuidar de seus filhos. Essas situações

contextuais aludem às lacunas programáticas como fragilidade nas políticas de igualdade de gênero, de educação básica e profissional, empregos com salários insuficientes, que expõem a família à situação de vulnerabilidade, e, consequentemente, deixam o adolescente sem o cuidado que necessita nessa fase da vida (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011; APOSTÓLICO *et al.*, 2012).

Em outras falas, os participantes citam as situações de dependência química e a violência com a presença do narcotráfico nas comunidades como aspectos de vulnerabilidade para a saúde do adolescente. Segundo Apostólico *et al.*, (2012) a violência pode ser analisada em três dimensões que caracterizam os fenômenos sociais: estrutural, particular e singular. A dimensão singular, que traz em seu escopo, situações de vulnerabilidade individual, como o abuso de poder parental, precariedades de recursos para conduzir situações cotidianas, jugo, estresse e condições precárias de vida, transformam o ambiente familiar em um local de miséria social. Tais situações tornam o adolescente vulnerável para o cuidado de sua saúde e bem-estar (AYRES *et al.*, 2003b; APOSTÓLICO *et al.*, 2012).

Na perspectiva da vulnerabilidade social deve-se considerar que nas falas dos sujeitos sobre violência convergem com situação das periferias das grandes cidades, onde há um número considerável de famílias com baixo *status* socioeconômico. Tais ambientes urbanos se mostram permeados de condições socioambientais precárias, como a acumulação de pobreza, desemprego, falta de habitação digna, dependência química e a criminalidade (BERUBE, 2008; ONIGUOTITE; BELCHER, 2012).

Além disso, deve-se considerar a vulnerabilidade programática presente na realidade dos participantes. Como exemplo tem-se a efetivação de políticas públicas para enfrentar a violência em determinado território, o que ocorre por meio de ações específicas de segurança. Nesse enfrentamento ocorre o conflito com ações que concretizam políticas de inclusão, de proteção e tratamento que são promovidas por outros setores, tais como o setor saúde e setor de educação, os quais nas suas ações buscam conservar os direitos sociais, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade no enfrentamento, contrário às penalidades que são inerente às ações do setor de segurança (AYRES *et al.*, 2003a; APOSTÓLICO *et al.*, 2012).

Tais situações discutidas mostram que os profissionais de saúde, nas ações de promoção da saúde, necessitam compreender que a saúde não é um recurso privado ou individual e que não cabe somente aos indivíduos a tarefa de promover a

sua saúde, de se prevenir e de se proteger das situações de adoecimento, somente com acesso às informações que induzam as mudanças comportamentais (SILVA; AVARENGA; OLIVIERA, 2012). A saúde para sua promoção demanda a contemplação de necessidades sociais e determinantes socioambientais dos problemas de saúde que reafirmem a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, e não simplesmente intervenções sobre fatores de risco biopsicossociais (PAIM, 2012).

6.2.2 A equipe multiprofissional nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade.

Esta categoria apresenta a discussão sobre a multidisciplinaridade nas ações intersetoriais de prevenção de agravos na realidade do escolar adolescente em vulnerabilidade, como foi descrito nas falas dos participantes.

Segundo Castells (2011), a intersectorialidade é entendida como uma forma articulada de gestão das políticas públicas, necessária devido às questões socioculturais complexas, polissêmicas e multifacetadas que surgem nas demandas da sociedade. De outra forma, a intersectorialidade pode ser compreendida como processos organizados e coletivos, baseados na interação entre os diferentes segmentos e setores administrativos e da sociedade civil, com vistas a criar estratégias de ações educativas, envolvendo os setores públicos ou privados, indivíduos, comunidades e organizações não governamentais (SPOSATI, 2006; NASCIMENTO, 2010).

As discussões de políticas e programas intersetoriais, potencializam intervenções, para o desenvolvimento de ações que proporcionam mecanismos de inovação, diante de problemáticas complexas como: combate à pobreza, redução das desigualdades sociais e, o que demanda a articulação de diversas áreas da política social como educação, assistência social, trabalho, etc. (MAGALHÃES *et al.*, 2011).

A intersectorialidade é considerada um dispositivo relevante para a construção e operacionalização de políticas públicas que produzem efeitos significativos na integração de ações para responderem a determinadas problemáticas, isto na perspectiva de superação das fragmentações de conhecimentos e compreensão das estruturas sociais relacionadas ao problema (AZEVEDO; PELICIONI; WESTPHAL,

2012). De outra forma, Fiorati e Saeki (2012) relata as dificuldades das relações intersetoriais e problematiza a elaboração de políticas e programas intersetoriais. O autor explana que a cultura de ações programáticas fragmentadas inviabiliza o desenvolvimento de ações integradas que atendam às demandas da população. Há também a cultura enraizada na representação contemporânea em apresentar propostas de resoluções de problemas sociais com racionalidade instrumental e técnica, o que ocorre em detrimento de uma prática comunicativa, a qual deve ser embasada na formação de fóruns democráticos para discussão e formação de consensos geradores de projetos para a educação em saúde.

Mendes (2011) enfatiza que somente o olhar interdisciplinar não é suficiente, e que é preciso um diálogo resultante de uma conexão mútua permanente. Nesse sentido, para haver uma verdadeira construção coletiva, coordenada para uma ação social, aponta que é necessária uma afinidade dialógica e intersubjetiva, com a inclusão da comunidade, órgãos públicos e privados na intersectorialidade.

Oliveira *et al.*, (2015) desenvolvem estudo no sentido de identificar quais são os fatores associados à procura espontânea dos adolescentes escolares para ações dos serviços de saúde. Essa pesquisa identificou que a procura pelos serviços de saúde para os escolares adolescentes está relacionada por determinantes socioeconômicos e demográficos. Nesse sentido, o estudo chama a atenção para necessidade do desenvolvimento de ações de atenção integral à saúde do adolescente as quais considerem as diversas dimensões da realidade desses sujeitos, visto que múltiplos processos determinam o uso dos serviços de saúde.

Para Reis (2014), há necessidade de intensificar as ações multiprofissionais e intersetoriais como forma de cumprir os preceitos da promoção da saúde e atender o adolescente em sua integralidade. Enfim, criar espaços de diálogo nos diversos espaços da comunidade, envolvendo os pais e responsáveis nestas ações, para se construir uma resposta social para a superação das situações de vulnerabilidade às DST/AIDS, ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, à violência, à gravidez indesejada entre as adolescentes. A autora considera que a Enfermagem pode contribuir para a consolidação dessas iniciativas intersetoriais juntamente com os profissionais da ESF, no âmbito da APS.

As ações de promoção da saúde sob a ótica da intersectorialidade no âmbito da atenção básica, direcionadas para os indivíduos, famílias e grupos considerados vulneráveis, que vivem em um território adstrito, devem fazer parte do

cotidiano das equipes de ESF, para que essas possam atuar no manejo das condições crônicas dos indivíduos e comunidades (LINS, 2012).

Assim, Barcelos *et al.*,(2010) referem que a intersetorialidade constitui uma maneira inovadora de abordar os problemas sociais, com uma compreensão integralizadora de maneiras diferentes e inovadoras na forma de planejar, executar e controlar a prestação de serviços em uma perspectiva da igualdade, com garantia de acesso positivamente desigual aos desiguais, num universo o mais totalizador possível do conjunto da população, qual essa categoria revela que a falta de intersetorialidade e multidisciplinaridade constitui-se situações de vulnerabilidade programática que podem trazer prejuízos para a saúde dos adolescentes. A intersetorialidade está alocada conceitualmente no contexto do cenário político-programático que representa a forma como as políticas públicas estão dispostas e formatadas para o atendimento das necessidades de saúde da população (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011). Por outro lado, a multidisciplinaridade está localizada no contexto das diretrizes programáticas que revela a forma com que o cuidado está construído (AYRES *et al.*, 2003).

Nesta perspectiva para que ocorra intersetorialidade depende de articulações, condições de trabalho e apoio das instituições e ainda o conceito e a prática da intersetorialidade precisam ser inseridos na rotina dos gestores de serviços locais. A realização de práticas intersetoriais é ainda um desafio a ser conquistado, mas é uma prática possível, principalmente quando amparada e estimulada por uma gestão que promova condições para desenvolvê-la.(HENRIQUES 2010, MORETI *et al.*, 2010).

6.2.3 As intervenções da equipe multiprofissional no setor saúde para prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade

Nesta categoria discutem-se as intervenções da equipe multiprofissional no setor saúde para a prevenção de agravos do escolar adolescente em vulnerabilidade, na perspectiva do acesso do adolescente à saúde, como um direito que lhe deve ser garantido e adequado às suas necessidades. Pois é a partir do acesso e do acolhimento no serviço de saúde que os adolescentes estabelecem relações de vínculo com a equipe de profissionais de saúde e, desse modo, são

estimulados a alcançarem sua autonomia para tomada de decisões para sua saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

As falas dos participantes convergem com um estudo que descreveu ações dos gestores e enfermeiros com adolescentes na atenção primária na perspectiva da integralidade. No estudo se concluiu que os profissionais mostraram limitações para desenvolver cuidados com adolescentes, e ainda, apresentaram conflitos entre aquilo que era elaborado para a promoção da saúde de adolescentes e a efetivação de ações que conseguiam concretizar, ou seja, as ações que desenvolviam eram direcionadas à grupos de adolescentes portadores de agravos. Para o autor esta realidade tem que ser superada para se constituir propostas e reflexões sobre estratégias que possibilitem o cuidado aos adolescentes na perspectiva da integralidade e da promoção da saúde (COSTA; QUEIROZ; ZEITOUNE, 2012).

Para Fonseca *et al.*, (2013) existem situações contraditórias no cuidado ao adolescente e a criança, pois embora haja avanços no oferecimento e implementação de políticas públicas para a proteção da infância e da adolescência, ainda existem lacunas para a efetivação do direito integral da saúde desses grupos populacionais. Os autores recomendam o desenvolvimento de estratégias que vão desde a orientação dos pais, articulação de ações intersetoriais, visando à elaboração de novas propostas de intervenção que modifiquem as situações de vulnerabilidades da criança e do adolescente, conforme apontam as políticas públicas.

Diante das situações de vulnerabilidade relatadas pelos participantes, mostra-se relevante apresentar um estudo que analisou as situações de vulnerabilidade à saúde do adolescente, na percepção de profissionais da Estratégia Saúde da Família. Os resultados demonstraram que para esses profissionais os principais aspectos de vulnerabilidade presentes na saúde dos adolescentes são: uso abusivo de drogas ilícitas, tabagismo e etilismo, relações sexuais precoces e desprotegidas que podem resultar em situações de gravidez indesejada e/ou infecção para as DST/AIDS. No estudo também foi apontado e discutido os conflitos familiares e a violência como situações de vulnerabilidade à saúde nessa faixa etária. Entretanto, mesmo apresentando esta percepção, os participantes descreveram que o modelo assistencial para a saúde do adolescente ainda permanece permeado de ações pontuais, em consultas individualizadas, as quais têm orientações normativas e prescritivas (REIS *et al.*, 2014).

A discussão até aqui apresentada mostrou a necessidade da reorientação do modelo assistencial para os adolescentes no âmbito da atenção básica, com a implantação de ações voltadas em defesa da saúde e da melhoria das condições de vida da população (PAIM, 2009). Nesta pesquisa, a proximidade da equipe de ESF com a equipe escolar permitiu a apreensão das necessidades psicossociais e desencadeou a implantação de atendimentos na área da psicologia e psiquiatria no processo de cuidar do adolescente escolar. Como exemplo para essa reorientação assistencial destaca-se um estudo que apontou a necessidade de se reorganizar do processo de trabalho na atenção básica, com a garantia do apoio matricial das equipes de saúde mental dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) acolhimento e escuta qualificada, incorporação dos aspectos psicossociais na prática cotidiana da ESF e articulação em redes intersetoriais de assistência à saúde. Esses elementos descritos possibilitam a ampliação do conceito de saúde-doença e abre caminho para a integralidade da assistência à saúde nos serviços públicos do setor (TANAKA; RIBEIRO, 2009).

Todavia, na prática sanitária atual a reorientação do modelo assistencial ainda constitui-se um grande desafio para profissionais e gestores, conforme os achados de um estudo o qual constatou situações de fragilidade de assistência prestada aos adolescentes na rede pública de saúde. Os resultados mostraram que apesar de existirem programas específicos destinados a este grupo populacional, ainda há obstáculos para a efetivação de ações, tais como: despreparo dos profissionais, precariedade na estrutura física dos serviços de saúde e falta de controle social com efetiva participação dos adolescentes nas discussões de saúde. Tais situações impedem a construção de fluxos de trabalho que contemplem o acolhimento das adolescentes e permitam a atenção integral (HENRIQUES, 2010).

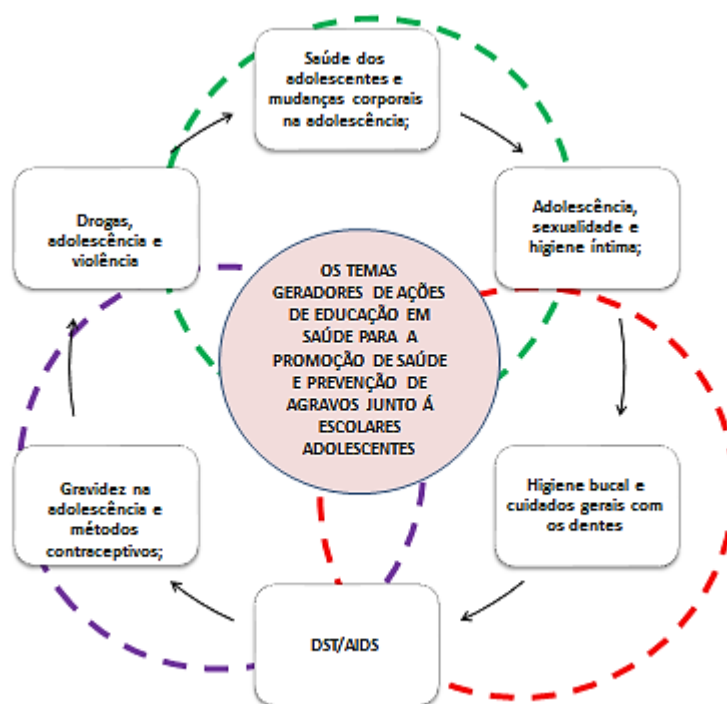
A discussão dessa categoria mostrou que o cuidado em saúde, em suas formatações e delineamentos, também é um relevante aspecto de vulnerabilidade programática, pois contribui, de forma abrangente, para a manutenção dos processos de determinação do processo saúde-doença, o que impacta diretamente nos perfis epidemiológicos e na qualidade de vida deste grupo populacional. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

6.3EIXO 3- OS TEMAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS JUNTO AOS ESCOLARES ADOLESCENTES

6.3.1 Os temas geradores de ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto à escolares adolescentes.

Os participantes apresentaram, em uma perspectiva emancipadora (FREIRE, 2014) as suas necessidades para se promover a saúde dos adolescentes escolares, que estão apresentadas na categoria “Os temas geradores de ações de educação em saúde para a promoção da saúde e prevenção de agravos junto a escolares adolescentes”, os quais estão demonstrados na (Figura11) a seguir.

FIGURA 11 – OS TEMAS GERADORES DE AÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DE AGRAVOS JUNTO À ESCOLARES ADOLESCENTES, CURITIBA-PR, 2015



FONTE: A autora (2015).

Os participantes referiram como prioritários os temas: Mudanças corporais na adolescência, Sexualidade e higiene íntima, Prevenção de DST/AIDS e Gravidez na adolescência, que possuem aproximação conceitual e podem ser discutidos integralmente.

A indicação das temáticas de mudanças corporais e higiene íntima se mostrou importante nesta pesquisa. Neste contexto, Lourdes *et al.*, (2014) enfatiza a relação da sexualidade e as condições reprodutivas dos adolescentes com questões de higiene para o cuidado com a saúde.

De outra forma, as indicações dos participantes sobre a temática de sexualidade e prevenção convergiu com os resultados encontrados no estudo de Malta *et al.* (2011) no qual se identificou que um terço dos adolescentes já possuíam vida sexual ativa, sendo estes, em sua maioria, do sexo masculino e provenientes de escolas públicas.

Sasaki *et al.*, (2015) em um estudo realizado em Goiânia, mostrou que o início da vida sexual dos adolescentes foi precoce, entre 12 e 14 anos, com a prevalência de um parceiro na vida sexual, e do uso de preservativo e métodos

anticoncepcionais. Ainda reforçaram a necessidade de se investir em ações de Educação em Saúde para esse público, considerando sua vulnerabilidade, associada aos processos advindos da cultura e contexto. Tal investimento programático se mostra relevante, pois existem evidências de que a maioria dos adolescentes que não usa o preservativo na primeira relação sexual não o utilizará nas suas relações sexuais subsequentes (SHAFII; STOVEL; HOLMES, 2007).

O grau de exposição ao ato sexual desprotegido de 25% entre os adolescentes, evidenciado no estudo de Malta *et al.*, (2011), converge com um estudo que mostrou grau de desproteção de 23% entre jovens adolescentes em resultados de pesquisa realizada em mais de 40 países (CURRIE *et al.*, 2012). Todavia, a realidade brasileira ainda se mostra bem menos grave que a apresentada nos Estados Unidos, na qual se identificou que 39,8% dos adolescentes com vida sexual ativa não faz uso de preservativo nas relações sexuais (EATON *et al.*, 2011).

Por outro lado, a temática sobre sexualidade e prevenção de DST/AIDS, indicada pelos participantes convergiu com as diretrizes do Programa Nacional de DST e AIDS, que aponta que no Brasil, apenas 63% das escolas brasileiras trabalham com o tema DST e AIDS (OLIVEIRA-CAMPOS *et al.*, 2014). Desta forma, compreende-se a demanda apresentada pelos participantes sobre a necessidade de discussão na área da sexualidade nas escolas, devido à preocupação que eles têm com o crescimento da gravidez indesejada entre seu grupo de adolescentes e, conseqüentemente, com o risco da contaminação pelo HIV entre os alunos que iniciaram a vida sexual precocemente.

Os dados corroboram com a ideia de que gestação na adolescência é uma realidade na sociedade atual e as conseqüências desta gravidez desejada ou não, para as adolescentes podem ser físicas, socioculturais, emocionais, assim como, pode levá-las à evasão escolar e à problemas pela inserção tardia no acompanhamento ao pré-natal, entre outras questões (FARIAS; MORE, 2012).

Esses resultados, relacionados à demanda para a discussão da sexualidade, são relevantes para a efetivação de mudanças nas práticas assistenciais das equipes de Saúde. Nas ações de educação em saúde os profissionais deverão incorporar o conceito de vulnerabilidade, e ainda, privilegiar as necessidades dos adolescentes, assim como fortalecem as relações de troca e de diálogos com os sujeitos do cuidado, no caso os adolescentes. (AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011).

Os participantes das oficinas também referiram como prioritários os temas sobre o uso de drogas e a violência, os quais foram considerados relevantes para ser abordado, devido seu impacto na determinação do processo saúde-doença dos indivíduos. Quanto à discussão sobre a violência naquela realidade, os resultados corroboram os achados do estudo de Malta *et al.*, (2010) que descreveu o fenômeno da violência em comunidades escolares brasileiras. Nesse foi apontado como expressões da violência no cotidiano de escolares a insegurança no trajeto casa-escola, a insegurança no ambiente da escola com brigas que tiveram agressões físicas, o uso de arma branca e arma de fogo, e ainda, foram apontadas agressões físicas no ambiente familiar (MALTA *et al.*, 2010).

Nos Estados Unidos um estudo mostrou que o ambiente escolar pode ter várias manifestações de violência entre os adolescentes como: ameaças ou ferimentos com armas, agressões em brigas físicas, *bullying*, roubos (EATON *et al.*, 2012). Para Malta *et al.*, (2010) as condições de gênero em uma sociedade patriarcal legitima e estimula a expressão violenta para o homem jovem.

Abordar o uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas mostra-se relevante no ambiente escolar, pois o hábito de consumo estimulado das drogas lícitas (bebidas alcoólicas e tabaco) estimulam também o uso das drogas ilegais. Pelo uso dessas a consequência será a manifestação de sinais e sintomas de agravos tais como a depressão e a ansiedade, e ainda, sendo a violência na escola, danos às propriedades privadas/públicas e, muitas vezes o enfrentamentos com a polícia, identificados no comportamento do adolescente (MALTA *et al.*, 2011).

Esta temática é convergente com as deliberações da segunda conferência internacional sobre Promoção da Saúde, ocorrida em Adelaide, Austrália. O evento apontou como prioritária a redução do uso de tabaco e álcool, que causam riscos à saúde, merecendo atenção na perspectiva das políticas públicas voltadas à promoção da saúde.

Convergindo com as falas dos participantes ao referirem sobre o uso de drogas no ambiente escolar, a Declaração de Adelaide afirma os malefícios do tabaco para os fumantes e para aqueles que convivem com eles, ou seja, os fumantes passivos. Em relação ao produto álcool, a Declaração de Adelaide o conceitua como contribuinte para distúrbios sociais e traumas físicos e mentais, assim como, alerta para o elevado e crescente potencial humano perdido por

doenças, incapacidades e mortes causadas pelo consumo abusivo de álcool e tabaco (BRASIL, 2002).

Os dados foram coerentes com a política nacional de saúde do adolescente que afirma que o uso e o abuso de álcool e outras drogas constituem as principais causas desencadeadoras de situações de vulnerabilidade na adolescência, a exemplo dos acidentes, suicídios, violência, gravidez não planejada, transmissão de doenças por via sexual e endovenosa, essas últimas nos casos das drogas injetáveis (BRASIL, 2007b).

Os temas abordados pelos participantes são de suma relevância para a Saúde coletiva, se forem considerados como processos que impactam diretamente no perfil epidemiológico das comunidades. Trabalhar com essas práticas requer habilidades dialógicas para que os profissionais de saúde possam interagir de forma adequada com os adolescentes, construindo fusões de horizontes e projetos terapêuticos que atendam suas necessidades (MEYER *et al.*, 2006; AYRES; PAIVA; FRANÇA JÚNIOR, 2011). O desenvolvimento de ações educativas em Saúde pode fortalecer as capacidades comunitárias em perceber a determinação de suas condições de vida para assim refletir em como modificá-las, no sentido de discutir a igualdade e a justiça social como questões que deverão ser centrais no cuidado em saúde.

6.4 AVALIAÇÃO E REFLEXÃO SOBRE A AÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OS ESCOLARES ADOLESCENTES

Tendo como base o contexto abordado anteriormente e as diretrizes do Programa de Mestrado Profissional, ressalta-se que as seis oficinas de ações de educação em saúde realizadas com os escolares adolescentes, atenderam as necessidades de discussão dos temas que emergiram das falas dos participantes. Esta ação foi pontual, a fim de atender ao objeto de pesquisa “a promoção da saúde ao escolar adolescente” proposto nesse estudo, mas apesar deste limite, por estar imerso na realidade do serviço local de saúde, cabe registrar que esta ação permitiu a aproximação deste grupo populacional daquele território com o serviço local de saúde. Nesta perspectiva se aponta a necessidade de apoio para o preparo dos profissionais de saúde para atendimento deste grupo juntamente com o preparo de profissionais de outros setores presentes no território. Isso seria uma estratégia para

iniciar as articulações intersetoriais necessárias para ações que viriam a intervir na realidade de saúde no sentido de transformá-las.

7 CONCLUSÃO E DUGESTÕES

Inicialmente destaca-se que as dificuldades e limitações encontradas para o desenvolvimento da presente pesquisa estiveram diretamente relacionadas aos pressupostos teóricos e metodológicos que referendam as ações dos setores da saúde e da educação, os quais não possibilitam ao profissional considerar a realidade nas suas dimensões, estrutural, particular e singular, para, a partir dessa compreensão, elaborar uma intervenção. Ao contrário disso, nesses setores se toma o real a partir de generalizações de pequenas partes previamente pensadas para assim intervir, ou seja, tem-se uma realidade pensada sobre a saúde e a educação de determinados grupos e as ações que serão desenvolvidas não terão possibilidade de promover a transformação da realidade com a qual se está lidando. Neste sentido, como ficou demonstrado no presente relatório, ao delimitar como tema a promoção da saúde para escolares adolescentes se encontrou uma realidade de escolares adolescentes já em situações de vulnerabilidade, e ainda, na implantação da ação houve diferenças nos momentos políticos vividos nos setores, o que com o andamento da pesquisa se buscou superar, pois havia um cronograma institucional definido para o encerramento do estudo.

Portanto, ao finalizar o presente estudo se reconhece que os objetivos inicialmente propostos foram atingidos, pois, por meio de ação de educação à saúde, a qual foi desenvolvida na Unidade de Saúde Local, se discutiu com os escolares adolescentes os temas previamente relacionados pelos participantes do estudo para uma ação de promoção à saúde junto ao grupo referido.

Com os resultados e a discussão dos dados se reflete sobre as falas os participantes expressaram experiências de educação em saúde com diferentes estratégias que poderiam ser utilizadas para a ação de promoção à saúde do escolar adolescente. Os entrevistados apontaram para a elaboração de um espaço saudável na escola com a presença contínua de profissionais de saúde para orientação e acompanhamento de alunos, porém as sugestões tiveram centralidade em ações individuais e com olhares técnicos para expressões de adoecimentos e agravos. Percebe-se que nas expectativas dos professores e funcionários da escola a ação de educação em saúde deveria ser desenvolvida por uma equipe do setor saúde local no ambiente escolar com intervenções que permitissem o controle de comportamentos dos escolares adolescentes relacionados à sexualidade, violência,

tráfico e consumo de drogas ilícitas. Contraditoriamente, as falas também apontaram as situações de vulnerabilidade social e programática para os escolares adolescentes no território ao falarem das precárias condições de vida, da violência e do tráfico e consumo de drogas presentes no cotidiano da população. Chamaram a atenção também para as dificuldades encontradas para inserir os adolescentes nas ações de saúde no serviço local.

Neste sentido, se percebe que é necessário desenvolver discussão temática também com os professores e funcionários da escola no sentido de instrumentalizá-los para serem agentes de promoção da saúde no ambiente escolar, pois estes percebem as determinações dos comportamentos e agravos que são expressos pelos escolares adolescentes, mas transferiram o enfrentamento para o setor saúde, sem perceber que uma ação transformadora seria a partir da elaboração e implementação de ações intersetoriais, as quais deveriam contar com apoios interinstitucionais.

Para desenvolver as oficinas se estimulou a participação de escolares adolescentes por meio de convites individuais entregue nos domicílios. Tal estratégia ocorreu devido ao momento político do setor de educação no Estado do Paraná. Uma adversidade para implementar a referida ação de educação em saúde que estimulou o uso do próprio espaço do Serviço Local de Saúde e com isso se aproximou o escolar adolescente àquela instituição. Tal fato fez com que esses novos usuários passassem a frequentar outras ações desenvolvidas pela equipe de saúde. Destaca-se que a enfermeira, no caso a pesquisadora do presente estudo, passou a ser a referência para demandas de atendimentos individuais, assim como, para atender às solicitações de orientações sobre sexualidade, gravidez e outros temas relacionados ao processo saúde-doença. Entre essas demandas o grupo de adolescentes questionou a organização do serviço que não tinha consultas de enfermagem para este segmento populacional, o que cabe registrar que já foi implantado.

Diante disso, essa pesquisa mostrou a premência de se buscar apoio nas instituições para motivar e capacitar as equipes de saúde e dos demais setores públicos locais para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde junto aos escolares adolescentes. Tal motivação demanda da baixa interface entre as ações dos setores no território, o que ficou evidente nas falas dos participantes ao citarem a não existência de fluxos, vínculos e parcerias para o atendimento dos escolares

adolescentes. Assim como é necessário ter condições materiais para o trabalho intersetorial proposto pelo PSE, pois Programa não faz referência sobre a necessidade de profissionais com carga horária destinada para desenvolvê-lo, como também não prevê a autonomia da aplicação de recursos para as suas ações no nível local e a articulação intersetorial para essas ações. Nas atividades de educação em saúde desenvolvidas para este estudo ficou demonstrado que é possível ter parcerias exitosas entre os setores da saúde e da educação. Assim, acredita-se que o apoio institucional aqui descrito como necessário para a ação representaria a concretização de políticas públicas na vida dos indivíduos e das suas coletividades.

REFERÊNCIAS

- APOSTÓLICO, M. R. et al. Characteristics of violence against children in a Brazilian Capital. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.20, n.2, p.266-273, 2012.
- ARORA, M.; STIGLER, M. H.; REDDY, K. S. Effectiveness of health promotion in preventing tobacco use among adolescents in India Research evidence informs the National Tobacco Control Programme in India. **Global Health Promotion**, India, v. 18, n. 1, p. 09-12, 2011.
- AYRES, J.R.C.M. **Epidemiologia e emancipação**. São Paulo: Hucitec; Abrasco, 1995.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (Org.). **Sexualidade pelo avesso**: direitos, identidade e poder. Rio de Janeiro (RJ): Relume Dumará; 1999. p. 51.
- AYRES, J.R.C.M. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 2002.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Adolescência e AIDS: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface**: Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 123-138, fev.2003a. Disponível em: <<http://interface.org.br/wp-content/uploads/2015/01/12.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.
- AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003b. p. 117-139.
- AYRES, J. R. C. M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S.C.et al.(Org.). **Tratado de saúde coletiva**.2. ed. São Paulo: Hucitec: Rio de Janeiro : Fiocruz, 2008.p. 375-417.
- AYRES, J.R.C.M. Uma concepção de saúde hermenêutica. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 43-62. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 set. 2014.
- AYRES, J. R.C.M.; PAIVA, V.; FRANÇA JUNIOR, I. From natural history of disease to vulnerability. In: PARKER, R.; SOMMER, M. **Routledge handbook in global public health**. New York: Routledge, 2011. p. 98-107.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Caminhos da integralidade: adolescentes e jovens na atenção primária à saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 67-81, jan/mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop2212.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

AYRES, J.R.C.M. *et al.* O Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, G.W.S. *et al.* (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2.ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013. p. 399- 442.

AZEVEDO, E. de; PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22,n. 4,p. 1333-1356, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

BARBOSA, I. R.; COSTA, I. C. C. **A determinação social no processo de adoecimento no contexto das populações negligenciadas**. Recife: Portal DSS-Nordeste, 27 mar. 2013. Disponível em: <<http://dssbr.org/site/opinioes/a-determinacao-social-no-processo-de-adoecimento-no-contexto-das-populacoes-negligenciadas>>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BARCELOS, C. *et al.* Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2002.
BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 6. ed. Lisboa: Edições 70; LDA, 2011.

BERUBE, A. **Concentrated poverty in America: an overview**. Washington, DC: The Federal Reserve System and The Brookings Institution, 2008. Disponível em: <http://www.frbsf.org/cpreport/docs/cp_overview.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2015.

BREILH, J.; GRANDA, E. **Investigação da saúde na sociedade**: guia pedagógico sobre um 765 novo enfoque do método epidemiológico. São Paulo: Abrasco, 1986.

BREILH, J. **Epidemiologia**: economia, política e saúde. São Paulo: Hucitec, 1991.

BREILH, J. **Epidemiologia crítica**: ciência emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2003.

BREILH, J. **Uma perspectiva emancipadora da pesquisa e da ação baseadas na determinação social da saúde**. 2008. Disponível em: <www.enfermagem.ufpr.br/paginas/areas/texto_do_breilh_em_portugues.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2012.

BREILH, J.; TILLERÍA, Y. **Aceleración global y despajoenEcuador**: elretrocecodelderecho a la vida y lá salud pública em las décadas neoliberales. Quito, Equador: Universid Andina Simón Bolívar; Abya-ayls, 2009.

Breilh, J. (2010). Las tres ‘S’ de la determinación de la vida 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud (p. 87-125). Em: R. P. Nogueira (Ed.). **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária**. Coleção Pensar em Saúde. Rio de Janeiro: CEBES.

BRASIL. Lei n. 1.920 de 25 de julho de 1953. Dispõe sobre a criação do Ministério da saúde, ao qual ficarão afetos os problemas atinentes a saúde humana. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 25 de julho de 1953.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. **Programa Saúde do Adolescente (PROSAD):** Bases Programáticas, Brasília: Ministério da Saúde, 1986.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição:** República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 18 nov. 2014.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 19 set. 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 jul. 2014.

BRASIL. Decreto-lei – 8.069 de 13 de julho de 1990b. Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União,** Brasília, DF, 16 jul. 1990, p. 13563.

BRASIL. Decreto-lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990c. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial [da] União,** Brasília, DF, 31 dez. 1990c, p. 294.

BRASIL. Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Lei Orgânica da Assistência Social.** Dispõe sobre a organização Social e dá outras providências. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1993/lei-8742-7-dezembro-1993-363163-norma-pl.html>> Acesso em: 19 set. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 96.** Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>>. Acesso em: 19 set. 2014

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais: terceiro e quarto ciclos do ensino fundamental: introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais. Brasília: MEC/SEF, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde.** Brasília: Ministério da saúde; 2002. Disponível em: <www.saude.gov.br/bvs/conf_tratadod.html>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BRASIL. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil.** Brasília, DF, 30 mar. 2006a. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/grupo-tecnico-de-acoes-estrategicas-gtae/saude-da-populacao-negra/legislacao/portaria_n_687_de_30032006_-_politica_nacional.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2014.

BRASIL. Portaria Ministerial n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Que divulga o pacto da saúde, que consolida o SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília. DF. 2006b

BRASIL. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e Jovem. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente e Jovem**. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/518-sas-raiz/dapes/saude-do-adolescente-e-do-jovem/l1-saude-do-adolescente-e-do-jovem/13367-publicacoes>>. Acesso em: 10 fev. 2014.

BRASIL. Decreto n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 5 dez. 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm> Acesso em: 02 mar. 2014. p. 25.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf> Acesso em: 11 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno saúde na escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 96 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad24.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral a saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: <http://bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br/services/e-books/diretrizes_nacionais_atencao_integral_saude.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política nacional de promoção da saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde: **Para entender a gestão do SUS, gestão do trabalho e da educação na saúde**: estruturante do SUS. Brasília: CONASS, 2011b. Disponível em: <http://www.conass.org.br/colecao2011/livro_1.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília, DF, 2011c. 46 p. Disponível

em:<http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/passo_a_passo_pse.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 24 out. 2011d. Seção 1, p. 48.

BARCELOS, C. et al. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: a análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, p. 129-138, 2010.

BARROS DG, CHIESA AM. Autonomia e necessidade de saúde na Sistematização da Assistência de Enfermagem no olhar da saúde coletiva. **Rev Esc Enferm USP**. 2007;41(n.esp):793-8.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf> >. Acesso em: 21 out. 2010.

BUSS, P. M. Mario Sayeg: médico, professor e ativista. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 702-703, maio/jun 2003.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C.M. (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendência**. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009a.p. 19-42.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305- 2316, 2009b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n6/39.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013a. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000200016&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 9 maio 2015.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição – LACCOS, 2013b. Disponível em: <<http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>>. Acesso em: 9 ago. 2014.

CARTA DE BANQUECOQUE. World Health Organization. Bangkok charter for health promotion in the globalized world. Geneve: WHO, 2005. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/hpr_50829_%20BCHP.pdf> Acesso em: 03 mar. 2014.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferencia Internacional sobre promoção da Saúde**. 1986. Disponível em: <<http://www.wopas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2014.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção da saúde**: sujeito e mudança. São Paulo: Hucitec, 2010.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**: a era da informação: economia, sociedade e cultura. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011.

CERQUEIRA, M. T. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde**: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. p.33-39.

CERVERA, D. P. P.; PARREIRA, B. D. M.; GOULART, B. F. Educação em saúde: percepção dos enfermeiros da atenção básica em Uberaba (MG). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1547-1554, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700090&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

CESÁRIO, N. C. M.; COSTA, R. J. V. da; PEREIRA, J. T. O enfermeiro no ambiente escolar: práticas educativas atuais e eficazes. **Revista Tecer**, Belo Horizonte, v. 7, n. 12, maio 2014. Disponível em: <<http://www.bibliotekevirtual.org/revistas/Metodista-IH/RT/v07n12/v07n12a04.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

CHARTIER, J.F.; MEUNIER, J.G. Text mining methods for social representation analysis in large corpora. **Paperson Social Representations**, Paris (FR), v. 20, n. 37, p.1-47, 2011. Disponível em: <<http://www.psych.lse.ac.uk/psr/>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

CHAVES, M. M. N.; EGRY, E. Y. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias. **Cogitare Enferm**, Curitiba, v. 18, n. 4, p. 729-735, 2013. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/34929/21681>> Acesso em: 25 set. 2015.

CICILLINI, G. A.; SILVA, S. R. da; MELLO, M. V. F. de A. Violência, escola e modernidade. **Revista LEVS**, Marília, n. 9, p. 166-176, maio 2012.
COHN, A. O estudo das políticas de saúde: implicações e fatos. In: CAMPOS, G.W.S. et al.(Org.) **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p. 219-246. Disponível em: <<https://www.passeidireto.com/arquivo/3971426/cohn-o-estudo-das-politicas-de-saude-implicacoes-e-fatos/2>>. Acesso em: 02 set. 2014.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**- relatório final. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>>. Acesso em: 30 jun. 2015.

COSAC, C. M. D. Gestão na era da incerteza. **Serviço Social & Realidade**, Franca, v. 18, n. 1, p. 364, 2009.

COSTA, F. S.; SILVA, J.L.L.; DINIZ, M.I.G. A importância da interface educação\saúde no ambiente escolar como prática de promoção da saúde. **Informe-se em Promoção da Saúde**, v.4, n. 2, p.30-33, 2. sem., jul./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/PS%20no%20ambiente%20escolar.pdf>>. Acesso em: 9 jun. 2014.

COSTA, R. F. da; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16,n. 3,p. 466-472, set. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out.2015.

COUTO, M. C. V.; DELGADO, P. G. G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na atenção psicossocial. In: RIBEIRO, E. L.; TANAKA, O.Y.(Org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS**: contribuições parauma prática responsável. São Paulo: Hucitec, 2010.

CURITIBA. Secretaria de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde do adolescente**. 2. ed. rev. e atual. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2006.

CURITIBA. Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba. **Curitiba em dados**. Curitiba, 2014. Disponível em: <http://curitibaemdados.ippuc.org.br/Curitiba_em_dados_Pesquisa.htm>. Acesso em: 20 jun. 2015.

CURITIBA. Prefeitura Municipal de Curitiba. **Curitiba**. Disponível em: <www.curitiba.pr.gov.br>.Acesso em: 13 ago. 2015.

CURRIE, C. et al. (Ed). **Social determinants of health and well-being among young people**: healthbehaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2012. (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

DAMASCENO, C. F. **Educação popular em saúde**: intervenção participativa na construção de relações dialógicas entre portadores de diabetes mellitus adulto (DM2) e profissionais. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, 2003.

DANIELI, G. L. **Adolescentes grávidas**: percepções e educação em saúde. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2010. Disponível em: <http://coral.ufsm.br/ppgenf/Dissert_Guiomar.pdf> Acesso em: 03 out. 2014.

DAVID, H. M. S. L.; ACIOLI, S. Mudanças na formação e no trabalho de enfermagem: uma perspectiva da educação popular e de saúde. **RevBrasEnferm.**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 127-131, 2010.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. 1988. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 35-40. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA. 1978. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 33-34. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. 1997. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 49-52. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DECLARAÇÃO DE SANTAFÉ DE BOGOTÁ. 1992. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 45-48. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. 1991. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 41-44. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. 2000. In: BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p. 29-32. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 06 jun. 2014.

DECLARAÇÕES DE HELSINQUE DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL DE 1964/1975/1983/1989/1996/2000/2002/2004/2008. Disponível em: <<http://www.amb.org.br/Site/Home/INTERNACIONAL/WMA/>>. Acesso em: 03 jun. 2015.

DIAS, F. L. A., et al. Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 456-461, 2010.

DOMINGOS, A. C. **Gravidez na adolescência**: enfrentamento na Estratégia de Saúde da Família. 2010. 39 f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em saúde. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Uberaba, 2010.

DUARTE, S. J.H. et al. O programa Saúde do Adolescente na opinião de técnicos em enfermagem da Estratégia Saúde da família. **Cogitare enferm.**, Curitiba, v. 18, n. 4, 2013. Disponível em:

<<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/issue/view/1682>>. Acesso em: 30ago2014.

EGRY, E. Y. Saúde Coletiva: construindo um novo método em Enfermagem. São Paulo: Ícone, 1996.

EATON, D. K. Youth risk behavior surveillance-United States, 2011. Morbidity and mortality weekly report. **Surveillance Summaries**, Washington, DC, v. 61, n. 4, p. 1-162, 2012. Disponível em:

<<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6104a1.htm>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

EISENSTEIN, E.; JANNUZZI, F. Preservação pelo conhecimento compartilhado. **Adolesc Saúde**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 6, jan./mar. 2015.

FARIAS, R. de; MOREÍ, C. O. O. Repercussões da gravidez em adolescentes de 10 a 14 anos em contexto de vulnerabilidade social. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 596-604, 2012. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-9722012000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Adolescência: ações e percepção dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 387-400, jun. 2008.

Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

FERREIRA, J. O.; JARDIM, P. C. B. V.; PEIXOTO, M. do R. G. Avaliação de projeto de promoção da saúde para adolescentes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 257-265, abr. 2013. Disponível

em:<http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000300257&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13 out. 2015.

FIGUEIREDO, R.; KALCKMANN, S.; BASTOS, S. **Sexualidade, prática sexual na adolescência e prevenção de DST/aids e gravidez não-planejada, incluindo contracepção de emergência**. São Paulo: Instituto de Saúde/SES-SP, 2008.

FIGUEIREDO, T. A. de; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 397-402, mar. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_Arttext&pid=S1413-81232010000200015Inen&nrm=isso>. Acesso em: 29 out. 2015.

FILIPINI, C. B. et al. Transformações físicas e psíquicas: um olhar do adolescente. **Adolescência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 22-29, jan./mar. 2013.

FIORATI, R. C.; SAEKI, T. Projeto terapêutico nos serviços extra-hospitalares de saúde mental: uma reflexão crítica sobre a forma de elaboração e gestão dos

projetos terapêuticos nos serviços. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 21,n. 3,p. 587-598, jul./set. 2012. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

FONSECA, F. F. et al. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 31,n. 2,p. 258-264,jun. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-05822013000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out.2015.

FREIRE, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREIRE, P. **Educação como prática libertadora**. 22. ed. Rio de Janeiro: Paz na Terra,1996.

FREIRE, P. **Criando métodos de pesquisa alternativa**: aprendendo a fazê-la melhor através da ação. São Paulo: Brasiliense, 1999.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

FREIRE, P. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2011.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 48. ed. Rio de Janeiro: Paz e terra, 2014.

FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA - UNICEF. **O direito de ser adolescente**: oportunidade para reduzir vulnerabilidades e superar desigualdades. Brasília, DF: UNICEF, 2011. p. 25. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sabrep11.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2014.

GOMES, C.M.; HORTA, N.C. Promoção de saúde do adolescente no âmbito escolar. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n.4. p.486-499, out/dez 2010.

HAUG, E.; TORSHEIM, T.; SAMDAL, O. Local school policies increase physical activity in Norwegian secondary schools. **Health Promot Int.**, Oxford, v. 25, n. 1, p. 63-72, 2009.Disponivelem: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19884244>>. Acesso em: 04 maio 2014.

HEIDMANN, I. T.S. B. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15,n. 2, jun. 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200021&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 24fev.2015.

HENRIQUES, B. D. Análise compreensiva do significado do atendimento ao adolescente realizado pelos profissionais de saúde da atenção primária do Município de Viçosa, MG. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 710, 2010.Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE).

Cidades.(2010). Disponível em:

<<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/home.php>>.Acesso em: 05 abr. 2014.

INSTITUTO URBANO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO DE CURITIBA (IPPUC).

2013. Disponível em:

<<http://ippuc.org.br/mostrarpagina.php?pagina=28&%20idioma=1>> Acesso em: 20 dez. 2014.

LALONDE, M. **A new perspective on the health canadian.** Ottawa: Goverment of Canadian, Apr. 1974.Disponível em:<<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>>.Acesso em: 15 abr. 2014.

LEAVELL, S.; CLARCK, E.G. **Medicina preventiva.** São Paulo: McGraw-Hil, 1976.

LINS, M. J. C. d'A. **Intersetorialização:** atenção básica e promoção da saúde no âmbito do SUS. Maceió: Secretaria de Estado da Saúde de Alagoas, Superintendência de Vigilância em Saúde, Diretoria de Promoção da Saúde, jul. 2012.

LOPES, M. do S. V. et al. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis , v. 19, n. 3,p. 461-468, set. 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 maio 2015.

LOPEZ, F. A. **Promoção da saúde:** fundamentos e práticas. São Caetano do Sul: Yendis, 2012. cap. 11.

LOPEZ, S. B.; MOREIRA,M.C. Políticas nacionais de atenção integral à saúde de adolescentes e jovens e à saúde do homem: interlocuções políticas e masculinidade. **Ciênc. saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 743-752, mar. 2013.

LOURDES, L. A. et al. Oficinas com adolescentes sobre saúde sexual no ambiente escolar. **Rev. Ciênc. Ext.**, São Paulo, v. 10, n. 3, p. 123-132, 2014.

MACHADO, M. de F. A. S. et al .Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12,n. 2, abr. 2007. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200009&lng=en&nrm=iso>.Acesso em: 24 fev. 2015.

MACIEL, E. L. N. et al. Projeto aprendendo saúde na escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15,n. 2, mar. 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 fev. 2015.

MAFRA, M. R. P. Ações em saúde para adolescentes nos serviços de atenção básica: o olhar do enfermeiro em um distrito sanitário. 104f. Dissertação (Mestrado em enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

MAGALHAES, R. et al. Intersectorialidade, convergência e sustentabilidade: desafios do programa Bolsa Família em Manguinhos, RJ. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4442-4453, nov. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

MALTA, D. C. et al. *Bullying* fatores associados em adolescentes brasileiros: análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v.17, supl.1, p. 131-145, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-790X2014000500092&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt> Acesso em: 25 out. 2015.

MALTA, D. C. et al. Orientações de saúde reprodutiva recebidas na escola: uma análise da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar nas capitais brasileiras e no Distrito Federal. 2009. **Epidemiol Serv Saúde**, Brasília, v. 20, n. 4, p. 481-490, dez. 2011. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742011000400007&script=sci_arttext>. Acesso em: 25 out. 2015.

MALTA, D. C. et al. Vivência de violência entre escolares brasileiros: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. 3053-3063, out. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000800010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

MARTINS, A. S.; HORTA, N. C.; CASTRO, M.C.G. Promoção da saúde do adolescente em ambiente escolar. **Rev. NESA**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr/jun 2013. Disponível em: <[LINK]>. Acesso em: 25 jul. 2014.

MATTOS, R.A. A Integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Caderno de Saúde Pública** 2004; 20 (05):1411-1416.

MENDES, E.V. et al. **A Construção social da vigilância do distrito sanitário**. Brasília: OPS, 1993. p. 7-19. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde).

MEYER, D.E. et al. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n6/22.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2014

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

MIRIAM, H. **Adolescência e saúde: uma visão preventiva para profissionais de saúde e educação**. Petrópolis: Vozes; 2006

MORÉS, F. B.; SILVEIRA, E. Desvelando a concepção de saúde em um grupo de crianças inseridas em atividades de promoção da saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 241-250, abr./jun. 2013.

MORETTI, A. C. et al. Intersetorialidade nas ações de promoção de saúde realizadas pelas equipes de saúde bucal de Curitiba (PR). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1827-1834, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700095&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2015.

MUNHOZ SANCHEZ, A. I.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2. Mar./abr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200007>. Acesso em: 03 ago. 2014.

NASCIMENTO, A. R. A.; MENANDRO, P. R. M. Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 72-88, 2006. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>>. Acesso em: 20/03/2015.

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan. 2010.

NAUDERER, T.M.; LIMA, M. A. D. S. Nurses' practices at health basic units in a city in the south of Brazil. **Rev Lat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 5, p. 889-894, 2008.

OLIVEIRA, D. L. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **RevLat Am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 3, p. 423-31, maio/jun. 2005.

OLIVEIRA, R. C. N. et al. Acesso a informações sobre como evitar problemas bucais entre escolares da Rede Pública de Ensino. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 85-94, jan. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100085&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015

OLIVEIRA-CAMPOS, M. et al. Comportamento sexual em adolescentes brasileiros, Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE 2012). **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 17, supl. 1, p. 116-130, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2014000500116&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 out. 2015.

ONIGU-OTITE, E.C.; BELCHER A, H.M.E. Maternal drug abuse history, maltreatment, and functioning in a clinical sample of urban children. **Child Abuse & Neglect**, Oxford-USA, v. 36, n. 6, p. 491-497, 2012.

OLWEUS, D. **Bullying at school**: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell Publishers, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Declaração política do Rio sobre os determinantes sociais da saúde. In: WORLD CONFERENCE ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. 2011, Rio de Janeiro. **Anais...** Rio de Janeiro: OMS, 2011. Disponível em: <http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Social determinants of health and well-being among young people: health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2012 (Health Policy for Children and Adolescents, No. 6).

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE (OPAS). **Caribbean Charter for Health Promotion**. Washington: OPAS, 1993. 6 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Renovação da atenção Primária em saúde nas Américas**: documento de posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS). Washington, D.C: OPAS, 2007.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Carta de Ottawa**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 12 out. 2014.

ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Rede Latino americana de Escuelas. **Promotoras de la Salud**. Washington (DC): FAO, 1999.

PAIM, J.S. Abordagens teórico-conceituais em estudos de condições de vida e saúde: notas para reflexão e ação. In: Barata RB, organizador. Condições de vida e situação de saúde. Rio de Janeiro: **ABRASCO**; 1997. p. 7-30.

PAIM, JS. Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006. 153p.

PAIM, J. S. Vigilância da saúde; dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendência. 2. ed. ver. e ampl. Rio de Janeiro: Ed Fiocruz, 2009a. p. 19 -42. PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V.D. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **Boletim do Instituto de Saúde**, São Paulo, v. 12, n.2, p.109-114, 2010.

PAIM, J. S; SILVA, L. M. V. Universalidade, integralidade, equidade e SUS. **BIS, Bol. Inst. Saúde (Impr.)**, São Paulo, v. 12, n. 2, ago. 2010. Disponível em <http://periodicos.ses.sp.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-18122010000200002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 dez. 2015.

PAIM, J. S. Atenção primária à saúde: uma receita para todas as estações. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PS. La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud. Washington: OPS, 1997.

PAPOULA, S. R. **O processo de trabalho intersectorial das Equipes de Saúde da Família no município de Petrópolis-RJ**: fatores restritivos e facilitadores. 2006. 186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional De Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

PAULA, C. G. de et al. Atuação do enfermeiro da atenção básica frente ao controle do câncer uterino: revisão de literatura. **Pós em revista**, Belo Horizonte, ed. 5, E5S33, 14 jun. 2012. Disponível em: <<http://blog.newtonpaiva.br/pos/e5s33-atuacao-do-enfermeiro-da-atencao-basica-frente-ao-controle-do-cancer-uterino-revisao-de-literatura/>>. Acesso em: 06 maio 2014.

PENSO, M. A. et al. A relação entre saúde e escola: percepções dos profissionais que trabalham com adolescentes na atenção primária à saúde no Distrito Federal. **Saude soc.**, São Paulo, v. 22,n. 2, p. 542-553, jun. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000200023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out.2015.

PEREIRA, B. de S. et al. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil.**Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 747-758,2014.

PINAFO, E. et al. Relações entre concepções e práticas de educação em saúde na visão de uma equipe de saúde da família.**Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 9,n. 2,p. 201-221, out. 2011.Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out. 2015.
PINHEIRO,D.G.P. et al., Competências em promoção da saúde: desafios da formação. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.24, n.1, p.180-188, 2015.

PRATA, P.R. **A transição epidemiológica no Brasil**. Cadernos de Saúde Pública, 8 (2), 168 -175,1992.

POLIT, D. F. et al. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. de. Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização**Physis**, Rio de Janeiro, v. 20,n. 3,p. 753-767, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 out.2015.

QUEIROZ, M.V.O. Cuidado ao adolescente na atenção primária: discurso dos profissionais sobre o enfoque da integralidade. **Rev. Rene**, Fortaleza, v 12. n. esp., p. 1036-1044, 2011. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/333/pdf>>.Acesso em: 06 maio 2014.

RATINAUD, P.; MARCHAND, P. Application de la méthode ALCESTE à de "gros" corpus et stabilité des "mondes lexicaux": analyse du "Cable-Gate" avec IramuteQ. In: *JOURNÉES INTERNATIONALES D'ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES TEXTUELLES*, 11., 2012, Liège. **Actes...** Disponível em: <<http://lexicometrica.univ-paris3.fr/jadt/jadt2012/Communications/Ratinaud,%20Pierre%20et%20al.%20-%20Application%20de%20la%20methode%20Alceste>>. Acesso em: 06 maio 2014.

REINERT, M. ALCESTE une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélie de G. de Nerva. **Bulletin de Méthodologie Sociologique**, Marselha (FR), v. 28, p. 24-54, 1990.

REIS, D.C. et al. Vulnerabilidades à saúde na adolescência: condições socioeconômicas, redes sociais, drogas e violência. **Rev. Latino-Am. Enferm**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 586-594, mar./abr. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/pt_0104-1169-rlae-21-02-0586.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2014.

REIS, D. C. et al. Estratégia saúde da família: atenção à saúde e vulnerabilidades na adolescência. **Revista Espaço Para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 47-56, abr. 2014. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/viewFile/16023/pdf_19>. Acesso em: 25 out. 2015.

RITTER, C. B. et al. Grupo como tecnologia assistencial para o trabalho em enfermagem na saúde coletiva. **Sau. & Transf. Soc.**, Florianópolis, v. 5, n. 3, p. 83-90, 2015.

ROMÃO, J. E. **Círculo epistemológico**: círculo de cultura como metodologia de pesquisa. São Paulo: Universidade Metodista de São Paulo, 2006.

RUDOLPH, L. et al. **Health in all policies**: improving health through intersectoral collaboration. Washington, DC: National Academies Press, 2013.

SAMPAIO, J. et al. Promoção da saúde sexual: desafios no Vale do São Francisco. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 22, n. 3, p. 499-506, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v22n3/v22n3a10>>. Acesso em: 24 set. 2014.

SANTOS, S.M.A. Risco e vulnerabilidade nas práticas dos profissionais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 33, n. 2, p. 205-212, jun. 2012a. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n2/28.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2014.

SANTOS, A. A. G. et al. Sentidos atribuídos por profissionais à promoção da saúde do adolescente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1275-1284, 2012b.

SANTOS, E.P. **Necessidades em saúde dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR**. Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2012c.

SANTOS, A.P.R. **Necessidades em saúde:** a percepção dos adolescentes de um determinado território de Curitiba/PR. Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2013.

SANTOS, F. D. R. et al. Ações de enfermeiros e professores na prevenção e no combate à obesidade infantil. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 15, n. 3, p. 463-470, maio/jun. 2014. Disponível em:
<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1566/pdf>>. Acesso em: 12 abr.2015.

SANTOS, T. T. DOS; MEIRELLES. R. M. S. DE. A abordagem das doenças negligenciadas na educação em saúde: análise das Atas dos ENPECs entre 2009 e 2011. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS, 9., 2013, Águas de Lindóia, SP. **Ata...** Campinas: ABRAPEC, 2013. p. 1-7.

SASAKI, R. S. A. et al. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 95-104, jan. 2015. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000100095&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 out. 2015.

SHAFII, T.; STOVEL, K.; HOLMES, K. Association between condom use at sexual debut and subsequent sexual trajectories: a longitudinal study using biomarkers. **AmJPublic Health**, Birmingham, v. 97, n. 6, p. 1090-1095, 2007. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17463388>>. Acesso em: 24 set. 2014.

SILVA, C.M. et al. Equidade e promoção da saúde na Estratégia Saúde da família: desafios a serem enfrentados. **Rev. APS**, Juiz de Fora, MG, v. 11, n.4, p. 451-458, out./dez. 2008. Disponível em
<<http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/89/143>>. Acesso em: 15 maio 2014.

SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importâncias e conceitos. In: SILVA, S. F. da(Org.). **Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. Campinas, SP: IDISA: CONASEMS, 2008.p.202.

SILVA, C. S. **Promoção da saúde na escola:** modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no município do Rio de Janeiro. 2010. 199 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Departamento de Ciências Sociais. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2010a.

SILVA, P. C. V. da et al. Pressão arterial de adolescentes de escolas particulares de Fortaleza/CE. **Acta Paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, 2010b. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002010000400011&script=sci_arttext>. Acesso em: 06 jun.2014.

SILVA, N.O. **A contribuição do movimento social organizado nas conferências municipais de saúde para a acessibilidade do adolescente ao sistema local de**

saúde. Trabalho de Graduação (Bacharelado em Enfermagem) – Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2011.

SILVA, T. M. R. da; ALVARENGA, M. R. M.; OLIVEIRA, M. A. de C. Avaliação da vulnerabilidade de famílias assistidas na Atenção Básica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 5, p. 935-943, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000500016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2015.

SILVA, A.C.S. et al. Assistência integral à saúde do adolescente no Brasil: uma revisão de literatura. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 11, n. 38, out./dez. 2013. Disponível em: <http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/about/contact>. Acesso em: 05 jul. 2014.

SILVA, D.I.; MAFTUM, M.A.; MAZZA, V.A. Vulnerability in child development: influence of weak family bonds, substance abuse and domestic violence. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, p. 1087-1094, 2014.

SILVA, M. A. I. et al. Vulnerabilidade na saúde do adolescente: questões contemporâneas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 619-627, 2014.

SILVEIRA, R. E. da; SANTOS, Á. da S.; PEREIRA, G. de A. Consumo de álcool, tabaco e outras drogas entre adolescentes do ensino fundamental de um município brasileiro. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIV, n. 2, jun. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832014000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 07 abr. 2015.

SMITH, P.; SHARP, S. Bullying at school: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell, 1994.

STOTZ, E.M. Trabalhadores, direito à saúde e ordem social no Brasil. São Paulo Perspect. 2003;17(1):25-33

SOBRAL, A.; FREITAS C. M. de. Modelo de organização de indicadores para operacionalização dos determinantes socioambientais da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.19, n.1, p.35-47, 2010.

SOUZA, E. A.; PEDON, N. R. Território e identidade. **Revista Eletrônica da Associação dos Geógrafos Brasileiros**, Três Lagoas, v. 1, n. 6, p. 126-148, 2007.

SOUSA, P. K. R. de; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 2, p. 381-384, abr. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000200026&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 out. 2015.

SOUSA, M.F.; FRANCO, M.S.; MENDONÇA, A. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas- SP: Saberes, 2014. p. 521-571.

SPOSATI, A. O. Gestão pública intersetorial: sim ou não? comentários de experiência. **Serviço Soc. Soc**, São Paulo, v.27, n.85. p. 133-141, mar. 2006.
Serviço Soc.Soc, São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente assistencial**. 2. ed. Florianópolis: Insula, 2014.

TANAKA, O. Y.; RIBEIRO, E. L. Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 477-486, abr. 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 out. 2015.

TEIXEIRA, C.F.; PAIM, J.S.; VILASBÔAS, A.L. SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde. In: ROZENFELD, S. **Fundamentos da vigilância sanitária**. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2000. p. 49-60.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O SUS em perspectiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al.(Org.). **Tratado de saúde coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2013, p. 559- 589.

VERDI M, C. S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto& contexto enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, 2005.

VIANA, M. R. P. et al. Formação do enfermeiro para a prevenção do câncer de colo uterino. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. esp.1, p. 624-30, 2013. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v21nesp1/v21e1a11.pdf>>. Acesso em: 29 set. 2014.

WENDPAP, L. L. et al. Qualidade da dieta de adolescentes e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30,n. 1,p. 97-106, jan.2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000100097&lng=en&nrm=iso>.Acessoem: 16 out. 2015.

WERNHAM, A.; TEUTSCH, S. M. Health in all policies for big cities. **Journal of Public Health Management and Practice**, Philadelphia, v. 21, supl 1, S56, 2015.

WESTPHAL, M. F. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, G. W. de S. et al. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva.2. ed.** São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

WINSLOW, C .E. A. The untiled fields of public health. **Science**, Hanover, v. 51, n. 23,1920.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Declaration of alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata**, USRR, 6-12 Sept. 1978. Geneve; WHO, 1978. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/39228/1/9241800011.pdf>>. Acesso em: 15 abr. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. Genebra, Suíça: WHO, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112750/1/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf?ua=1>. Acesso em: 02 nov. 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Ottawa charter for health promotion**. Geneve: WHO; 1986.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach?** Copenhagen: WHO, Regional Office for Europe, Mar. 2006. Disponível em: <http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf>. Acesso em: 17 out. 2015.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Gravidez na adolescência: motivos e percepções de adolescentes. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v. 60, n. 3, p. 279-285, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672007000300006> Acesso em: 05 out. 2014.

APÊNDICE A -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA RESPONSÁVEIS PELO ADOLESCENTE MATRICULADO NA ESCOLA PÚBLICA

Nós, Neusa Pereira dos Santos e Maria Marta Nolasco Chaves, estamos lhe convidando, você que se encontra na faixa etária entre 12 e 14 anos, a participar livremente da pesquisa **“Vulnerabilidade em saúde na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção”** desenvolvida pela Professora Doutora Maria Marta Nolasco Chaves e mestranda Enfermeira Neusa Pereira dos Santos do Programa de Mestrado Profissional da Universidade Federal do Paraná e Prefeitura Municipal de Curitiba-PMC.

Os objetivos desta pesquisa são:

Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR.

Reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR.

Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos envolvidos a participação do adolescente pelo qual você é responsável: desconfortos referentes à alteração da rotina diária das atividades da escola, no tempo utilizado para responder o questionário (entrevista), algum tipo de constrangimento perante os demais adolescentes escolares referentes à atuação na oficina. Afirmamos que todos os cuidados serão adotados para que os desconfortos e riscos sejam minimizados através das seguintes providências: as pesquisadoras garantem que inicialmente serão explicadas aos participantes todas as fases do projeto; a alteração da rotina escolar será de acordo com a gestão da mesma; a “caixa de dialogo” na escola somente será aberta pelas pesquisadoras no sentido de orientar a oficina junto aos adolescentes;

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou
responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

serão respeitados os direitos de indisponibilidade ou de disponibilidade para participar das diferentes etapas do projeto (oficina, caixa de diálogo, entrevista).

Referentes à participação do adolescente na oficina as pesquisadoras garantem que se houver algum tipo de constrangimento, será interrompida a oficina e trabalhado uma dinâmica que minimize ou acabe com o desconforto, a fim de melhorar a condução da mesma, se mesmo assim algum adolescente nesse procedimento ainda permanecer com algum tipo de constrangimento ele poderá optar por sair da atividade.

Como benefício para o adolescente entende-se que ao participar da pesquisa o menor pelo qual você é responsável estará contribuindo para identificar temas referentes à promoção da saúde a serem desenvolvidos em ações de educação em saúde na escola para este grupo populacional (adolescente).

A participação do adolescente é livre, sendo que esta acontecerá da seguinte maneira:

1. Recados e opiniões na “caixa de diálogo”- esta será mantida na escola, com a seguinte identificação: “Deixe aqui sua opinião sobre temas para a oficina de promoção da saúde com os adolescentes”;

2. Preenchimento de um questionário contendo duas partes sendo a primeira, respostas sobre a sua identificação e, a segunda, com perguntas relacionadas à saúde as quais são dúvidas que o seu filho(a) deseja que sejam esclarecidas nas oficinas. Este questionário será aplicado em local da escola (sala própria para a entrevista) do seu filho(a) a ser definido pela equipe que ali trabalha. As repostas podem ser por escrito ou, se autorizado por você responsável, poderá ser gravada para que a pesquisadora depois faça o registro por escrito. O tempo para esta entrevista está previsto em torno de 20 minutos, porém a pesquisadora estará disponível caso o(a) seu filho(a) tenha a necessidade de um período maior de tempo previsto;

3. Participação na oficina de ações de promoção a saúde, que acontecerá nas dependências da escolado(a) seu filho(a), no horário das aulas, em sala a ser definida pela direção escolar. O tempo

Rubricas:	
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal	_____
Pesquisador Responsável	_____
Orientador	Orientado _____

de duração desta atividade será de aproximadamente 02 (duas) horas.

Na oficina serão trabalhados os temas referentes à promoção de saúde da escolha do(a) seu filho(a) e dos colegas, conforme as mensagens deixadas na “caixa de diálogo” deixada na escola e dos questionários respondidos pelos adolescentes, professores e funcionários.

Se autorizado a oficina e a entrevista poderão ser gravadas, com garantia de que todos os dados coletados e analisados não terão a identificação dos participantes.

Durante todo o período da pesquisa, o participante tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, diretamente com os pesquisadores, ou ainda, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFPR.

Em todos os registros das pesquisas garantimos o sigilo e anonimato dos(as) adolescentes, a privacidade e o segredo das informações fornecidas, pois nesses registros não serão utilizados dados que identifiquem os participantes. Garantimos também, que no caso aceite que o(a) adolescente ao qual você é responsável participe da pesquisa e durante a entrevista ele(a) não se sinta a vontade para responder as perguntas ou não queira mais participar, ele(a) poderá desistir da participação a qualquer momento.

A participação da pesquisa não terá custos e não é remunerada, ou seja, você ou o(a) adolescente não pagarão ou receberão dinheiro para participar da pesquisa. Também afirmamos que não haverá prejuízos caso desistam de participar a qualquer momento desta pesquisa.

Todo o material coletado, nas entrevistas, oficinas e caixa de diálogo, ficará com as pesquisadoras por 05 (cinco) anos e após este período será destruído.

Para aceitar participar da pesquisa nas condições descritas acima, você deve ler e depois assinar a declaração a seguir.

<p>Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____ Orientado _____</p>

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios desta pesquisa e entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Também compreendi que não serão divulgados dados referentes ao meu nome; endereço ou qualquer outra forma de informação que possa vir a tornar público a minha identidade.

() Aceito que a entrevista com meu filho(a) seja gravada.

() Não aceito que a entrevista com meu filho(a) seja gravada.

Local e data _____

Nome do entrevistado _____

Assinatura do entrevistado _____

Assinatura do pesquisador _____

Em caso de dúvida, a qualquer momento da pesquisa, procure as pesquisadoras responsáveis:

Maria Marta Nolasco Chaves

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de saúde – campus Botânico.
Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;
CEP: 80.210-170
Telefones para contato: (41) 91929543 – 3361 3777
Dias disponíveis para contato: segunda a sexta feira horário das 8 as 17 horas

Neusa Pereira dos Santos

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de Saúde – Campus Botânico.
Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;
CEP: 80.210-170
Telefones para contato: (41) 9929 7979 – 3361 3777
Dias disponíveis para contato: segunda a sexta feira horário das 8 as 17 horas

APENDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO

Eu _____ aluno da Escola _____, afirmo que fui esclarecido sobre os objetivos da pesquisa intitulada **“promoção da saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade: uma proposta de ações de educação em saúde”** vinculada ao projeto maior intitulado *“Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção”*, que tem como objetivos –Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR; Reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR. Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde, para o escolar adolescente junto à comunidade escolar, professores, funcionários e escolares adolescentes.

Estou ciente que os meus responsáveis foram esclarecidos quanto aos:

Possíveis desconfortos ou riscos envolvidos a minha participação referente à alteração da minha rotina diária das atividades da escola, no tempo utilizado para responder o questionário (entrevista), e ainda, quanto a algum tipo de constrangimento perante os demais colegas adolescentes escolares referentes à minha atuação na oficina. Sei que as pesquisadoras tomarão todos os cuidados no sentido de diminuir os meus desconfortos e riscos através das seguintes providências: serão realizadas explicações aos participantes em todas as fases do projeto; a alteração da minha rotina escolar será de acordo com a gestão da mesma; a “caixa de diálogo” na escola somente será aberta pelas pesquisadoras no sentido de orientar a oficina junto a nós adolescentes; serão respeitados os nossos direitos de indisponibilidade ou de disponibilidade para participar das diferentes etapas do projeto (oficina, caixa de diálogo, entrevista).

Como benefício entendo que contribuirei para que futuras atividades de promoção da saúde junto à escolares adolescentes a serem desenvolvidos em ações de educação em saúde na escola e, que no momento, terei minhas dúvidas sobre saúde esclarecidas.

Fui esclarecido que a minha participação é livre, sendo que esta acontecerá da seguinte maneira:

1. Recados e opiniões na “caixa de diálogo”- esta será mantida na escola, com a seguinte identificação: “Deixe aqui sua opinião sobre temas para a oficina de promoção da saúde com os adolescentes”.

Rubricas:
Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____
Pesquisador Responsável _____
Orientador _____ Orientado _____

2. Preenchimento de um questionário contendo duas partes sendo a primeira, respostas sobre a identificação e, a segunda, com perguntas relacionadas à saúde as quais são dúvidas que posso ter e quero que sejam esclarecidas nas oficinas. O questionário será aplicado em local da escola (sala própria para a entrevista) a ser definido pela equipe da mesma. As repostas podem ser respondidas por escrito ou, se autorizado pelo meu responsável poderá ser gravada para que a pesquisadora depois faça o registro por escrito. O tempo para esta entrevista está previsto em torno de 20 minutos, porém a pesquisadora estará disponível eu tenha a necessidade de um período maior de tempo previsto;

3. Participação na oficina de ações de promoção a saúde, que acontecerá nas dependências da minha escola, no horário das aulas, em sala a ser definida pela direção escolar. O tempo de duração desta atividade será de aproximadamente 02 (duas) horas.

Também fui informado que:

A. Em todos os registros das pesquisas é garantido o sigilo e anonimato dos participantes das atividades, pois haverá a privacidade e o segredo das informações fornecidas, nesses registros não serão utilizados dados que me identifique.

B. A participação da pesquisa não terá custos e não é remunerada, ou seja, não pagarei e não receberei dinheiro para participar da pesquisa. Também não terei prejuízo caso desista de participar a qualquer momento desta pesquisa.

C. Todo o material coletado, nas entrevistas, oficinas e caixa de dialogo, ficará com as pesquisadoras por 05 (cinco) anos e após este período será destruído.

Assim, afirmo que fui esclarecido sobre a intenção e os objetivos, bem como sobre a utilização das informações que fornecerei na entrevista e nas oficinas. Entendo que os dados utilizados servirão somente para a pesquisa, sendo que o meu nome e do meu responsável, ou o seja, nossas identificações serão mantidas em segredo. Declaro também que tive minhas dúvidas sanadas. Portanto, concordo em participação do estudo, acima identificado, e declaro que concordo com a utilização dos dados por mim fornecidos para esta pesquisa.

Local e data _____

Assinatura do entrevistado _____

Assinatura do pesquisador _____

Em caso de dúvida, a qualquer momento da pesquisa, procure as pesquisadoras responsáveis:

Maria Marta Nolasco Chaves

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de saúde – campus Botânico.

Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;

CEP: 80.210-170

Telefones para contato: (41) 91929543 – 3361 3777

Dias disponíveis para contato: segunda a sexta feria horário das 8 às 17 horas

Neusa Pereira dos Santos

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de Saúde – Campus Botânico.

Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;

CEP: 80.210-170

Telefones para contato: (41) 9929 7979 – 3361 3777

Dias disponíveis para contato: segunda a sexta feria horário das 8 às 17 horas.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Neusa Pereira dos Santos e Maria Marta Nolasco Chaves, estamos lhe convidando a participar livremente da pesquisa **“Vulnerabilidade em saúde na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção”**, desenvolvida pela Professora Doutora Maria Marta Nolasco Chaves e Mestranda de Enfermagem Neusa Pereira dos Santos, da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Prefeitura Municipal de Curitiba-PMC.

Os objetivos desta pesquisa são: Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR, reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR e Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

A sua participação é livre, sendo que esta participação será por meio de resposta a um questionário semiestruturado ser aplicado no local a ser definido por você e pela pesquisadora, podendo ser respondido por escrito ou se, houver autorização da sua parte poderá ser gravado.

O questionário contém duas partes sendo a primeira, respostas sobre a sua identificação e, a segunda, com perguntas relacionadas à saúde do adolescente que você atende em sala de aula ou em outros espaços da escola. As perguntas abertas, aquelas que pedirão que você fale abertamente sobre algo ou alguma coisa, podem ser respondidas por escrito ou, se autorizado, poderá ser gravada para que a pesquisadora depois faça o registro por escrito. O tempo para esta entrevista está previsto em torno de 20 minutos, porém a pesquisadora estará disponível caso tenha a necessidade de um período maior do tempo previsto.

Durante todo o período da pesquisa, você participante tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, diretamente com os pesquisadores ou ainda entrar em contato com o Conselho de Ética em Pesquisa abaixo identificado.

Nos registros das pesquisas garantimos o sigilo e anonimato à privacidade e o segredo das informações fornecidas, pois nesses registros não serão utilizados dados que identifiquem os participantes.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Garantimos também, caso aceite participar da pesquisa, que durante a entrevista caso não se sinta a vontade para responder as perguntas ou não queira mais participar, poderá informar sua intenção de desistir da participação a qualquer momento.

A participação da pesquisa não terá custos e não é remunerada, ou seja, você não paga e nem recebe dinheiro para participar desta pesquisa. Também afirmamos que não haverá prejuízos caso desista de participar da pesquisa.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos envolvidos a sua participação: desconfortos referentes à alteração da sua rotina diária nas atividades da escola, no tempo utilizado para responder o questionário (entrevista). Afirmamos que todos os cuidados serão adotados para que os desconfortos e riscos sejam minimizados através das seguintes providências: as pesquisadoras garantem que inicialmente lhe serão explicadas todas as fases referentes à sua participação no projeto e que serão respeitados os seus direitos de indisponibilidade ou de disponibilidade para participar.

Referentes à sua participação na entrevista as pesquisadoras garantem que se houver algum tipo de constrangimento, esta será interrompida e, se você desejar, poderá optar por sair da atividade.

Como benefício para a comunidade escolar entende-se que ao participar da pesquisa você estará contribuindo para identificar temas referentes à promoção da saúde a serem desenvolvidos em ações de educação em saúde junto ao adolescente na escola.

Todo o material coletado para a pesquisa ficará com as pesquisadoras por 05 (cinco) anos e após este período será destruído.

Os dados coletados e analisados serão utilizados somente para o registro e divulgação da pesquisa, sem que nesses haja a identificação dos participantes. No desenvolvimento da pesquisa você poderá fazer as perguntas que necessitar no sentido de tirar dúvidas, sendo que lhes garantimos que pode deixar de responder ou de participar do estudo a qualquer momento, conforme falado anteriormente. Para aceitar participar da pesquisa nas condições descritas acima, você deve ler assinar a seguir.

<p>Rubricas: Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____ Pesquisador Responsável _____ Orientador _____ Orientado _____</p>
--

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios desta pesquisa e entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Também compreendi que não serão divulgados dados referentes ao meu nome; endereço ou qualquer outra forma de informação que possa vir a tornar público a minha identidade.

() Aceito que a minha entrevista seja gravada.

() Não aceito que minha entrevista seja gravada.

Local e data _____

Nome do entrevistado _____

Assinatura do entrevistado _____

Assinatura do pesquisador _____

Em caso de dúvida, a qualquer momento da pesquisa, procure as pesquisadoras responsáveis:

Maria Marta Nolasco Chaves

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de saúde – campus Botânico.
Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;
CEP: 80.210-170

Telefones para contato: (41) 91929543 – 3361 3777

Dias disponíveis para contato: segunda a sexta-feira horário das 8 às 17 horas

Neusa Pereira dos Santos

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de Saúde – Campus Botânico.
Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;
CEP: 80.210-170

Telefones para contato: (41) 9929 7979 – 3361 3777

Dias disponíveis para contato: segunda a sexta-feira horário das 8 às 17 horas

APÊNDICE D - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) FUNCIONÁRIOS

Nós _____ estamos lhe convidando a participar livremente da pesquisa **“Vulnerabilidade em saúde na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção”**, desenvolvida pela Professora Doutora Maria Marta Nolasco Chaves e Mestranda de Enfermagem Neusa Pereira dos Santos, da Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Prefeitura Municipal de Curitiba-PMC.

Os objetivos desta pesquisa são: Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR, reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR e Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

A sua participação é livre, sendo que esta participação será por meio de resposta a um questionário semiestruturado ser aplicado no local a ser definido por você e pela pesquisadora, podendo ser respondido por escrito ou se, houver autorização da sua parte poderá ser gravado.

O questionário contém duas partes sendo a primeira, respostas sobre a sua identificação e, a segunda, com perguntas relacionadas à saúde do adolescente que você atende na escola. As perguntas abertas, aquelas que pedirão que você fale abertamente sobre algo ou alguma coisa, podem ser respondidas por escrito ou, se autorizado, poderá ser gravada para que a pesquisadora depois faça o registro por escrito. O tempo para esta entrevista está previsto em torno de 20 minutos, porém a pesquisadora estará disponível caso tenha a necessidade de um período maior de tempo previsto.

Durante todo o período da pesquisa, você participante tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento, diretamente com os pesquisadores, ou ainda, entrar em contato com o Conselho de Ética em Pesquisa abaixo identificado.

Nos registros das pesquisas garantimos o sigilo e anonimato à privacidade e o segredo das informações fornecidas, pois nesses registros não serão utilizados dados que identifiquem os participantes.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Garantimos também, caso aceite participar da pesquisa, que durante a entrevista caso não se sinta a vontade para responder as perguntas ou não queira mais participar, poderá informar sua intenção de desistir da sua participação a qualquer momento.

A participação da pesquisa não terá custos e não é remunerada, ou seja, você não paga e nem recebe dinheiro para participar desta pesquisa. Também afirmamos que não haverá prejuízos caso desista de participar.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos envolvidos na sua participação: desconfortos referentes à alteração da sua rotina diária nas atividades da escola, no tempo utilizado para responder o questionário (entrevista). Afirmamos que todos os cuidados serão adotados para que os desconfortos e riscos sejam minimizados através das seguintes providências: as pesquisadoras garantem que inicialmente lhe serão explicadas todas as fases referentes à sua participação no projeto e que serão respeitados os seus direitos de indisponibilidade ou de disponibilidade para participar.

Referentes à sua participação na entrevista as pesquisadoras garantem que se houver algum tipo de constrangimento, esta será interrompida e, se você desejar, poderá optar por sair da atividade.

Como benefício para a comunidade escolar entende-se que ao participar da pesquisa você estará contribuindo para identificar temas referentes à promoção da saúde a serem desenvolvidos em ações de educação em saúde junto ao adolescente na escola.

Todo o material coletado para a pesquisa ficará com as pesquisadoras por 05 (cinco) anos e após este período será destruído.

Os dados coletados e analisados serão utilizados somente para o registro e divulgação da pesquisa, sem que nesses haja a identificação dos participantes. No desenvolvimento da pesquisa você poderá fazer as perguntas que necessitar no sentido de tirar dúvidas, sendo que lhe garantimos que pode deixar de responder ou de participar do estudo a qualquer momento, conforme falado anteriormente. Para aceitar participar da pesquisa nas condições descritas acima, você deve ler assinar a seguir.

Rubricas:

Participante da Pesquisa e /ou responsável legal _____

Pesquisador Responsável _____

Orientador _____ Orientado _____

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios desta pesquisa e entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão. Também compreendi que não serão divulgados dados referentes ao meu nome; endereço ou qualquer outra forma de informação que possa vir a tornar público a minha identidade.

() Aceito que a minha entrevista seja gravada.

() Não aceito que minha entrevista seja gravada.

Local e data _____

Nome do entrevistado _____

Assinatura do entrevistado _____

Assinatura do pesquisador _____

Em caso de dúvida, a qualquer momento da pesquisa, procure as pesquisadoras responsáveis:

Maria Marta Nolasco Chaves

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de saúde – campus Botânico.
Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;
CEP: 80.210-170
Telefones para contato: (41) 91929543 – 3361 3777
Dias disponíveis para contato: segunda a sexta feira horário das 8 as 17 horas

Neusa Pereira dos Santos

Endereço: Departamento de Enfermagem – Setor de Saúde – Campus Botânico.
Avenida Lothário Meissner, 662 – Bloco Didático II- Jardim Botânico – Curitiba/PR;
CEP: 80.210-170
Telefones para contato: (41) 9929 7979 – 3361 3777
Dias disponíveis para contato: segunda a sexta feira horário das 8 as 17 horas

APENDICE E - ROTEIRO PARA ENTREVISTA ESCOLAR ADOLESCENTE

Projeto “Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção”

Subprojeto: “Promoção da saúde do escolar adolescente: uma proposta de educação em saúde”

Pesquisadora responsável pela entrevista: Neusa Pereira dos Santos

Data da entrevista: _____

Escola: _____

Instrumento nº: _____ Código _____

I- IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome (colocar em siglas) _____

Data de nascimento ____/____/____ Idade _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Série que está matriculado _____

Já reprovou? () Sim () Não

Número de reprovação no ensino fundamental: (1ª a 5ª série)

() uma () duas () três () Mais de três vezes

Série(s) na(s) qual (is) ocorreu (ram) a (s) reprovação (ões)

II-PERGUNTAS ABERTAS

Diga-me com suas palavras o que você compreende como promoção da saúde.

Fale como você acha que a equipe de profissionais de saúde poderia participar de atividades na escola para promover a saúde do adolescente estudante.

Fale sobre os temas, assuntos ou conversas para a promoção da saúde que você acha interessante para um encontro/oficina com os alunos desta escola e profissionais da equipe de saúde.

APENDICE F-ROTEIRO PARA ENTREVISTA FUNCIONÁRIO E PROFESSOR

Projeto “Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção”

Subprojeto: “Promoção da saúde do escolar adolescente: uma proposta de educação em saúde”

Pesquisadora responsável pela entrevista: Neusa Pereira dos Santos

Data da entrevista: _____

Escola: _____

Instrumento nº: _____

Código _____

I- IDENTIFICAÇÃO DO PARTICIPANTE

Nome (colocar em siglas) _____

Data de nascimento ____/____/____ Idade _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Há quantos anos você trabalha como professor/ funcionário do setor de educação _____

Há quanto tempo você trabalha nesta escola

() menos de 01 ano () 1 ano () 2 a 3 anos () mais de 3 anos

Vínculo empregatício:

() Funcionário Público () Funcionário Celetista () Funcionário de empresa contratada (terceirizado)

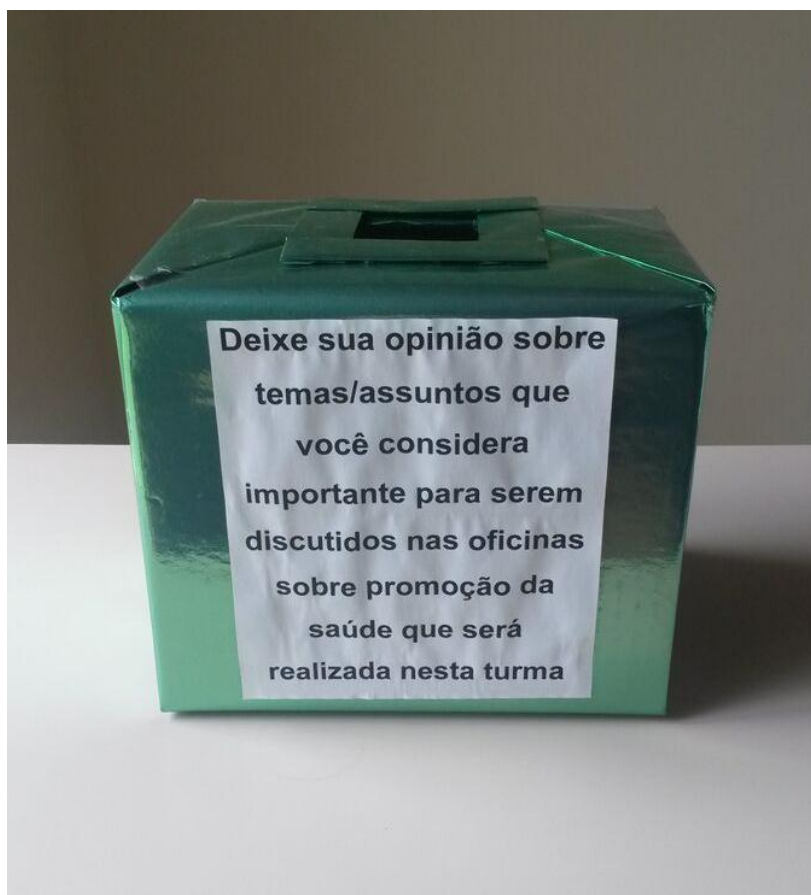
Qual é sua carga horária de trabalho na escola por semana _____

II-PERGUNTAS ABERTAS

Diga-me com suas palavras o que você compreende como promoção da saúde.

Fale como você acha que a equipe de profissionais de saúde poderia participar de atividades na escola para promover a saúde do adolescente estudante.

Fale sobre os temas, assuntos ou conversas para a promoção da saúde que você acha interessante para um encontro/oficina com os alunos desta escola e profissionais da equipe de saúde.

APENDICE G - CAIXA DE DIALOGO

APENDICE H - AVALIAÇÃO DAS OFICINAS

Nome da oficina: _____

Série: _____ Turma: _____ Data: ____/____/____

Marque a alternativa que representa o que você achou desta oficina:



Péssimo

()



Regular

()



Bom

()



Ótimo

()

ANEXO 1 – LIBERAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção

Pesquisador: MARIA MARTA NOLASCO CHAVES

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38687014.3.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 954.280

Data da Relatoria: 12/02/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se da segunda versão do Projeto de Pesquisa da Profa. Maria Marta Nolasco Chaves, com Ana Paula Rodrigues dos Santos, Flaviane Andreele Jacinto da Silva, Neusa Pereira dos Santos e Pêlidis Nunes como colaboradores. Com relação à saúde tem-se discutido como atender às especificidades dos adolescentes nos serviços de atenção básica com ações de promoção da saúde e prevenção de adoecimentos. Este projeto objetiva caracterizar os processos de determinação de desgaste e de proteção na vida entre adolescentes, como também evidenciar a compreensão dos gestores locais e movimento social organizado sobre a vulnerabilidade dos indivíduos deste segmento populacional, no sentido de elaborar e desenvolver ações de educação em saúde que considerem a singularidade dos adolescentes escolares em situação de vulnerabilidade em um determinado território de Curitiba/PR (Secretaria Municipal de Saúde, Distrito Sanitário Pinheirinho área de abrangência de uma Unidade de Saúde com estratégia em Saúde da Família). Trata-se de uma pesquisa quanti-qualitativa, descritiva e exploratória, a qual ocorrerá em 03 fases coordenadas entre si no sentido de explorar as dimensões de uma realidade complexa e que necessita ser modificada. As duas primeiras fases tratam de proposta de pesquisa exploratória de caráter quantitativo e qualitativo, que está ancorada na Teoria de Intervenção Prática da

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 954.280

Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC) proposta por Egry (1996) e pela epidemiologia Crítica (Breilh, 2006) com isto se permitirá dar conta dos dois primeiros objetivos propostos: caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR;

reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR. Para desenvolvimento das atividades de investigação que darão conta do terceiro objetivo proposto: promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde, o estudo estará ancorado na Pesquisa Convergente Assistência (PCA) pela possibilidade que ela oferece de, ao mesmo tempo, desenvolver pesquisa e o cuidado. A seleção dos dados será por meio de busca de informações sobre a população a ser estudada e os territórios de moradia deste segmento populacional nos bancos de dados de sites das instituições públicas: Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social (IPARDES), Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba (IPPUC), Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba (SMS-CTBA) e dados disponibilizados pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná (SESA). Na análise dos dados se buscará identificar os processos determinantes das condições de vida dos adolescentes moradores da área de um território do município de Curitiba-PR, assim como, identificar as instituições e as ações que são desenvolvidas para este grupo populacional. A coleta de dados primários será por meio de entrevistas semiestruturadas com os participantes e, se houver permissão, a entrevista será gravada e posteriormente será transcrita para se proceder à análise dos dados. Para desenvolver as atividades de educação em saúde que objetivam discutir a promoção da saúde junto ao grupo de adolescentes escolares em situação de vulnerabilidade será, inicialmente, aplicado um questionário junto aos professores, funcionários de uma escola pública do território da pesquisa. O instrumento é composto de perguntas abertas e fechadas para se identificar os adolescentes escolares em situação de vulnerabilidade, segundo os participantes. Posteriormente, serão levantadas as temáticas para as ações de promoção de saúde integral para o escolar adolescente - oficinas temáticas com adolescentes escolares. A seguir serão organizadas as ações de promoção de saúde integral para o escolar adolescente segundo as temáticas levantadas junto à comunidade escolar (professores e funcionários). Por fim, serão desenvolvidas as ações de promoção de saúde integral junto ao grupo de adolescente previamente selecionado. No processo serão continuamente avaliadas as ações de promoção de saúde integral para o escolar adolescente por meio de uma "caixa de diálogo", na qual os participantes

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 954.280

(adolescentes) das ações educativas poderão sugerir trocas ou novas temáticas e metodologias que atendam às suas expectativas, assim como, poderão apontar suas dúvidas para serem discutidas nas oficinas de educação em saúde. Serão incluídos no estudo os seguintes participantes:

Representantes do movimento social organizado e gestores locais de ambos os sexos, maiores de 18 anos, que atuam nos espaços pertencentes aos Distrito Sanitário Pinheirinho; Adolescentes escolares de 12 a 14 anos, de ambos os sexos e que estejam devidamente matriculados na escola, professores e funcionários maiores de 18 anos, que atuam na escola da área de abrangência da Unidade de Saúde com Estratégia de Saúde da Família localizada no Distrito Sanitário Pinheirinho. Pretende-se recrutar 160 participantes divididos entre as populações citadas anteriormente. Apresenta como coparticipantes a Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura Municipal de Curitiba, além da Secretaria Municipal de Saúde. Ela ocorreria no período de outubro de 2014 até fevereiro de 2016. Na última versão as datas foram corrigidas (Fevereiro de 2015 até Fevereiro de 2016).

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar os processos de desgastes e de proteção na vida dos adolescentes moradores de um determinado território no município de Curitiba/PR. Reconhecer as vulnerabilidades em saúde de adolescentes segundo a percepção do movimento social organizado e gestores de um determinado território do município de Curitiba/PR. Promover a saúde do escolar adolescente em vulnerabilidade por meio de ações de educação integral à saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Na primeira versão do projeto, como riscos eram citados a perda de confidencialidade. O projeto resumido não citava os benefícios da pesquisa. Na nova versão do projeto, apresenta como riscos "desconfortos referentes à alteração da sua rotina diária nas atividades da escola, no tempo utilizado para responder o questionário" (constrangimento). O benefícios citados são: "ao participar da pesquisa você estará contribuindo para identificar temas referentes à promoção da saúde a serem desenvolvidos em ações de educação em saúde junto ao adolescente na escola" (benefícios à comunidade, não ao participante da pesquisa).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Na primeira versão do projeto havia um TCLE para os pais de adolescentes matriculados em escola

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 954.280

pública; um TALE para estes mesmos adolescentes; um TCLE para professores; um TCLE para funcionários; um TCLE para gestores e líderes de movimentos sociais. Os TCLEs ou TALEs não citavam de forma adequada os benefícios (ou a possibilidade de ausência dos mesmos) e citavam como risco a perda de confidencialidade (sigilo) da pesquisa. Estes TCLEs não seguiam o modelo deste comitê. Não havia nos TCLEs local para o participante assinar se ele queria ou não que gravasse a entrevista. No TALE os procedimentos da pesquisa não eram descritos, nem riscos ou benefícios. Na última versão estas questões foram resolvidas.

Recomendações:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- É obrigatório retirar na secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011 CONEP/CNS).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - SETOR DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE/ SCS -



Continuação do Parecer: 954.280

CURITIBA, 13 de Fevereiro de 2015

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador)

Endereço: Rua Padre Camargo, 280

Bairro: 2º andar

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

**ANEXO 2 - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA SECRETARIA
MUNICIPAL DE CURITIBA**



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
CENTRO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

DECLARAÇÃO

Declaramos para os fins que se fizerem necessários, que a pesquisadora Maria Marta Nolasco Chaves, protocolou sob o número 11/2015 sua solicitação de campo de pesquisa para o projeto intitulado: "Vulnerabilidade Na Adolescência em um Determinado Território: Um Olhar Para Pensar a Intervenção".
(CAAE: 38687014.3.0000.0102)

Declaramos ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Res. CNS 466/12.

Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/SMS.

Por ser verdade firmamos a presente.

Atenciosamente,

Curitiba, 18 de Março de 2015.

**Samuel Jorge Moysés
Coordenador do CEP/SMS**

ANEXO 3 – PARECER DE LIBERAÇÃO DA SECRETARIA ESTADUAL DE EDUCAÇÃO

**SECRETARIA DE ESTADO DA EDUCAÇÃO
SUPERINTENDÊNCIA DA EDUCAÇÃO**

FOLHA DE DESPACHO



PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO



Protocolo 13.371.867-2

Ao NRE de Curitiba

Assunto: Autorização para a realização do Projeto de Pesquisa "Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção".

A Universidade Federal do Paraná UFPR – Setor de Ciências da Saúde – Departamento de enfermagem encaminhou documento a esta Pasta solicitando autorização para a Mestranda Ana Paula Rodrigues dos Santos realizar o Projeto de Pesquisa "Vulnerabilidade na adolescência em um determinado território: um olhar para pensar a intervenção".

Acostou ao protocolado Projeto de Pesquisa, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Responsáveis pelo Adolescente Matriculado na Escola Pública, Termo de Assentimento, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Professores, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Funcionários e Roteiro de Entrevista.

A DPTE/CAGE/SEED não vê impedimento à realização da pesquisa, ressaltando algumas recomendações (fls. 72 e 73).

A DPTE/CAPP/SEED não vê impedimento para a realização da pesquisa e remete o presente protocolado à SUED/SEED.

Esta Superintendência, no uso de suas atribuições que lhe confere o Decreto nº 1396/2007, se manifesta favorável à autorização para realização da presente pesquisa, desde que observadas as formalidades legais.

A pesquisadora, o NRE e as instituições de ensino devem observar as seguintes orientações:

- a) a pesquisadora consulte o NRE acerca da possibilidade de atendê-la e acompanhá-la no que se fizer necessário;
- b) o NRE consulte os estabelecimentos de ensino selecionados sobre a possibilidade de

atender a pesquisadora;

- c) a pesquisadora acoste no protocolado o Termo de Autorização da Pesquisa do estabelecimento de ensino, com assinatura da direção;
- d) a pesquisadora consulte e solicite autorização dos pais e/ou responsáveis quanto à participação dos menores na pesquisa;
- e) a pesquisadora consulte os alunos maiores de idade quanto à sua participação, considerando que ninguém poderá ser obrigado a participar;
- f) a pesquisadora assine um Termo de Compromisso, assumindo toda a responsabilidade pela pesquisa, inclusive pelo sigilo dos dados dos menores, quando necessário, respeitando o contido no Estatuto da Criança e Adolescente – ECA;
- g) o NRE e Estabelecimentos de Ensino observem que não haja prejuízo do calendário escolar.

Após a conclusão, solicitamos que acoste ao presente protocolado o resultado do trabalho para conhecimento desta Pasta.

Encaminhe-se o presente protocolado ao NRE de Curitiba para ciência da interessada e prosseguimento.

Curitiba, 19 de janeiro de 2015

Eliane Terezinha Vieira Rocha
Superintendente da Educação